



Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2023 – 2024

N° ____/

Mémoire

ABCES CEREBRAL D'ORIGINE DENTAIRE AU CENTRE NATIONAL D'ODONTO- STOMATOLOGIE PROFESSEUR HAMADY TRAORE DE BAMAKO

Présentée et soutenue le 21 /12/2024 devant la Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie

Par **Dr. Bouréima Daouda SANGARE**

Pour Obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-Faciale

JURY

PRESIDENT : M. Drissa TRAORE, Professeur

MEMBRE : M. Boubacar BA, Maître de Conférences

CO - DIRECTEUR : M. Saliou ADAM, Maître de Conférences Agrégé

DIRECTEUR : M. Amady COULIBALY, Maître de Conférences Agrégé

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

Nous rendons grâce :

A **Allah**, Le Tout Puissant, Le Clément et Le Tout Miséricordieux. Tout commence par **Lui** et tout finit par **Lui**. Nous Lui rendons grâce de nous avoir donné la vie, le courage et la santé qui nous ont permis de réaliser ce travail.

Au prophète Mohamed (PSL) : que la paix et la bénédiction d'ALLAH soit sur lui.

A toute notre famille et alliées : SANGARE à Bamako, Bougouni, Foulalaba
Ce travail est l'exaucement de vos prières. Merci pour vos soutiens, votre affection et le respect à mon égard. Qu'ALLAH nous donne le courage, d'être reconnaissant, qu'Il soit le garant de notre fraternité.

A tout le personnel du Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire Professeur Hamady TRAORE de Bamako.

Hommage à notre Maître : Professeur Hamady TRAORE, ALLAH Le Tout Puissant par sa volonté n'a pas voulu que vous voyiez ce jour. Vos conseils resteront gravés dans nos mémoires. Dormez en paix Cher Maître. Amine !

❖ **A nos Chers Maîtres** : Pr Drissa TRAORE, Pr Boubacar BA, Pr Saliou ADAM, Pr Alphousseïny TOURE, Dr Abdoulaye KASSAMBARA, Dr KOITA Hapssa, Dr KONE Rokiatou, Dr Yaya SISSOKO, Dr KEITA Kadia, Dr Ousmane NIENTAO, Dr M'bouyé KONARE et les autres personnels. Vous nous avez adopté dès le premier jour de notre stage, nous avons beaucoup appris auprès de vous. Merci pour l'ambiance conviviale. Merci Chers Maîtres.

❖ **A notre Maître et Directeur de mémoire Professeur Amady COULIBALY**, Coordinateur du DES de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale à la FMOS. Nous tenons à vous remercier pour votre accompagnement dans ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre chaleureux remerciement et de notre profonde estime.

❖ **A notre Maître et Co-directeur de mémoire Pr Saliou ADAM,** permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements et vous témoigner notre reconnaissance pour votre encadrement exemplaire.

A tous nos aînés du service de S-CMF : Merci pour vos contributions dans la réussite de notre formation.

A tous nos collègues Docteurs en Spécialisation : Merci pour votre collaboration.

A nos Maîtres du service de Neurochirurgie de l'hôpital du Mali, de l'unité de S-CMF de l'hôpital du Mali, du service de traumatologie orthopédique du CHU-GT, du service de chirurgie générale du CHU-GT et du Point G.

Merci pour les enseignements reçus.

A tous nos Maîtres de la Faculté : nous réitérons nos remerciements plus particulièrement à ceux du service de SCMF du CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE, qui n'ont ménagé aucun effort pour nous rassurer dans la réalisation de ce travail.

A notre patrie, le Mali. Merci chère patrie, pour nous avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses qu'un homme puisse posséder et de nous avoir facilité l'apprentissage en nous octroyant les moyens humains, matériels et financiers.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

CAT : Conduite A Tenir

CHU-CNOS Pr HT : Centre National d'Odonto-Stomatologie,
Centre Hospitalier Universitaire Professeur Hamady TRAORE

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

Dr : Docteur

ECB : Examen Cyto-Bactériologique

Fl : Flacon

FMOS : Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

FR : Fréquence Respiratoire

G : Gramme

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IVD : Injection Veineuse Directe

MHBD : Mauvaise Hygiène Bucco-Dentaire

MI : Membre Inférieur

MS : Membre Supérieur

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPG : Orthopantomogramme

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

Pr : Professeur

RCP : Réflexe Cutané-Plantaire

ROT : Réflexe OstéoTendineux

S-CMF : Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

T° : Température

TA : Tension Artérielle

TDM : Tomodensitométrie

Tx d'Hb : Taux d'Hémoglobine

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

VIH : Virus Immuno-Humain.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I- Principales espèces rencontrés dans les parodontites 28

Liste des figures

Figure 1- Schéma des Os du crâne et de la face, vue latérale gauche exocrânienne 5

Figure 2- Schéma de la base du crâne, vue endocrânienne..... 6

Figure 3- Schéma d'une coupe frontale des méninges en 3 dimensions 7

Figure 4 – Schéma en vue frontale et latérale gauche des sinus 8

Figure 5- Schéma des différentes loges anatomiques faciales, coupe oblique 9

Figure 6- Schéma des voies de diffusion de l'infection d'une dent, coupe frontale de la face passant par la première molaire 10

Figure 7- Schéma d'une vue latérale droite, drainage veineux de l'orbite] 11

Figure 8 – Schéma des sinus intracrâniens, vue supérieure 12

Figure 9 – Images tomодensitométriques, en coupes transversales mettant en évidence plusieurs lésions intracrâniennes..... 18

Figure 10 - IRM, en coupes transversales objectivant un abcès cérébral dans le lobe occipital droit..... 19

Figure 11- Schéma de l'instrumentation en chirurgie stéréotaxique. 24

Figure 12 : Photographies des procédures de craniotomie et d'aspiration, où approximativement 8ml de pus ont été aspirés. 25

Figure 13 - Image TDM en coupe axiale Figure 14-Image TDM coronale
..... 37

Figure 14 : Photographie de la patiente après la prise en charge à 3 mois 38

Figure 15: Rx panoramique dentaire montrant carie 40

Figure 16-Images TDM en coupes axiales montrant collection temporale gauche
..... 40

Figure 17-Images TDM en coupes axiale et sagittale montrant collection 41

Figure 18-Images TDM en coupes sagittales montrant collection mandibulaire gauche avec	41
Figure 19 et 20-Images de l'angio-scanner cérébral (aspect normal).....	42
Figure 21-Image TDM en coupe axiale (aspect normale)	43
Figure 22-Photographie de la patiente 12 mois après le traitement.....	43
Figure 23-Schéma d'une coupe axiale et celle coronale montrant collection	45
Figure 24-Photographie du patient 1 mois après le traitement	46
Figure 25 –Images TDM en coupe axiale montrant un abcès temporal gauche .	48
Figure 26 –IRM en coupes sagittales montrant abcès temporal gauche	48
Figure 27-IRM en coupes axiales montrant abcès temporal gauche	49
Figure 28-Image TDM en coupe axiale aspect normale).....	50
Figure 29-Photographie de la patiente 8 mois après le traitement.....	51

SOMMAIRE

Sommaire

1-INTRODUCTION 2

2. GENERALITES 5

3. OBSERVATIONS 36

4. DISCUSSION : 53

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 57

6. REFERENCES : 61

7. ANNEXES 63

INTRODUCTION

1-INTRODUCTION

L'abcès cérébral est une collection purulente localisée dans le parenchyme cérébral et enveloppée par une capsule bien vascularisée [1]. Il peut être d'origine dentaire lorsqu'il se développe à partir d'un foyer dentaire ou péri-dentaire. Il survient à la suite d'une cellulite diffuse, forme grave qui réalise un syndrome de toxi-infection sévère avec des complications parfois mortelles [2].

Les abcès encéphaliques restent une pathologie cruciale en raison de sa morbidité et de sa mortalité surtout dans les pays en voie de développement. Bien que rares dans les pays développés, les abcès y constituent encore un problème important [3].

Les abcès encéphaliques peuvent survenir à tout âge ; la tranche d'âge la plus atteinte est comprise entre 11 et 20 ans [3].

La prévalence de l'abcès cérébral est d'environ 1 pour 100.000 et représente 2,6 cas pour 1000 hospitalisations [4]. La mortalité se situe entre 4% et 37% [5].

L'installation des signes cliniques est souvent insidieuse. Ils traduisent le plus fréquemment l'hypertension intracrânienne et s'associent de façon variable aux éléments d'un syndrome tumoral intracérébral. Les céphalées, uni- ou bilatérales retrouvées chez la quasi-totalité des patients, uni- ou bilatérales, sont souvent mal localisées et débutent progressivement. Les nausées et les vomissements s'y associent dans 50 % des cas. Les crises convulsives généralisées sont retrouvées dans 30 % des cas. Dans 25 % des cas, on retrouve un œdème papillaire au fond d'œil [6].

Des examens complémentaires radiographiques et biologiques sont pratiqués afin d'établir avec certitude un diagnostic et identifier la porte d'entrée [7].

Devant l'urgence de la situation et la difficulté à poser un diagnostic précis rapidement, la prise en charge chirurgicale de l'abcès est souvent impérative [4].

Un drainage de l'abcès est réalisé sous anesthésie générale au bloc opératoire par aspiration stéréotaxique dans un premier temps, afin de réduire la masse

lésionnelle et de récolter du matériel microbiologique. L'examen du pus permet l'identification des germes responsables de l'infection [8].

Malgré les progrès thérapeutiques récents, y compris en termes d'antibiothérapie, ce sont encore des pathologies potentiellement mortelles qui peuvent entraîner des séquelles lourdes [4].

Au Mali, peu d'études ont été réalisées sur le sujet. C'est ainsi que la présente a été initiée dont l'objectif était de décrire à travers une série de cas les particularités de la prise en charge des abcès cérébraux d'origine dentaire.

GENERALITES

2. Généralités

2.1. Rappels : Anatomie crânienne et cervico-faciale

2.1.1. Base du crâne

La base du crâne est formée d'une mosaïque de six os assemblés les uns avec les autres : l'os frontal, l'ethmoïde, le sphénoïde, les deux os temporaux et l'os occipital [9].

Les deux os pariétaux sont quant à eux présents au niveau de la voûte crânienne (Figures 1 et 2). La base du crâne vient soutenir le cerveau et sa surface irrégulière est traversée par de multiples orifices et canaux connectant la cavité crânienne avec les diverses régions du cou et de la face [10].

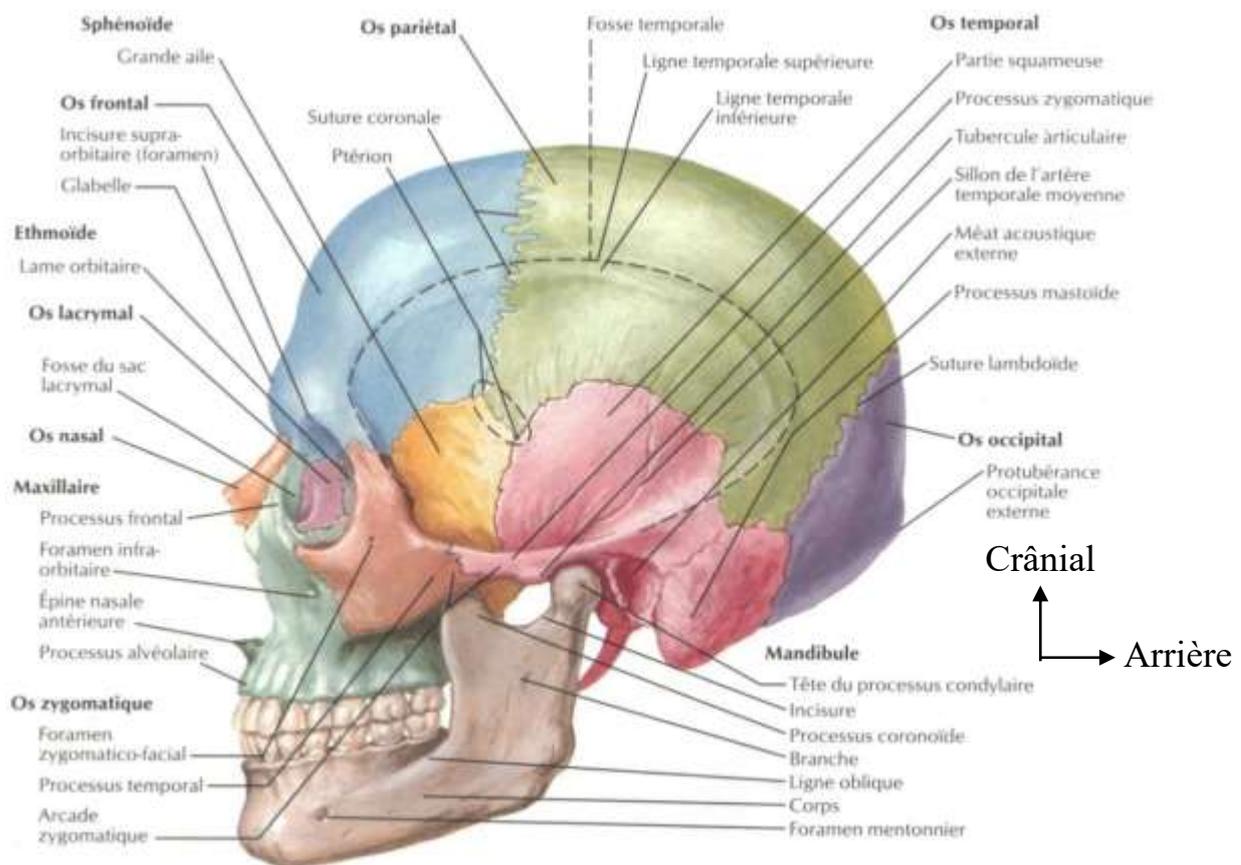


Figure 1: Schéma des Os du crâne et de la face, vue latérale gauche exocrânienne [9].

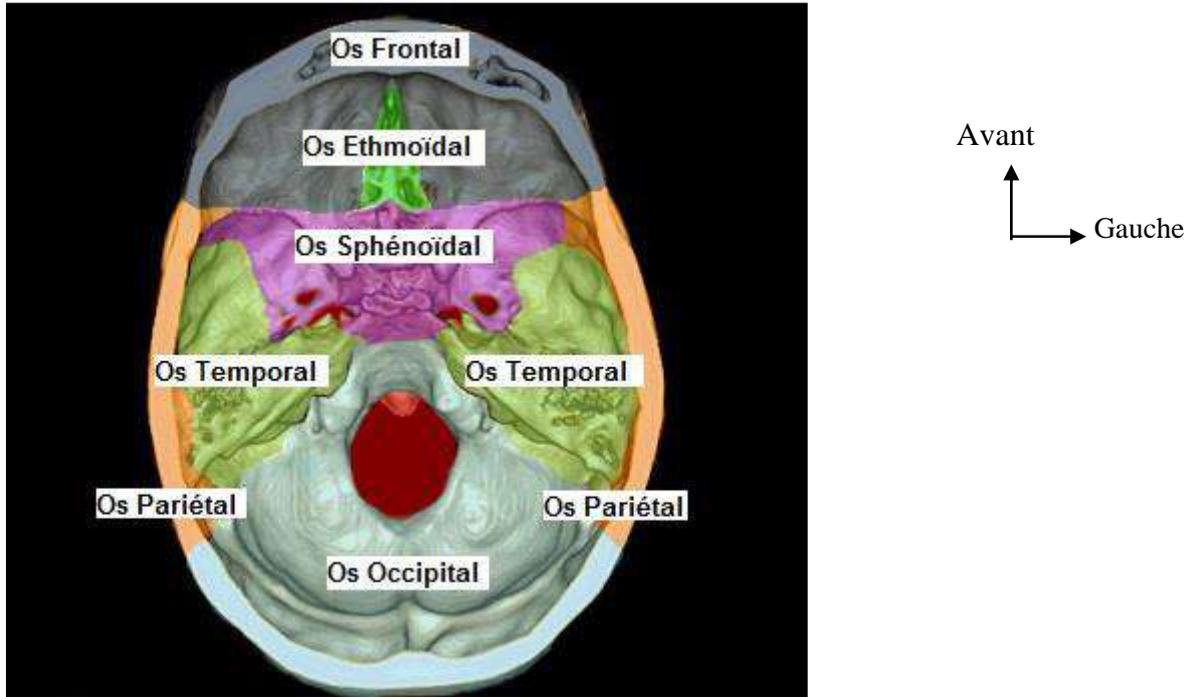


Figure 2 : Schéma de la base du crâne, vue endocrânienne [4].

2.1.2. Méninges

Les méninges sont formées de trois couches membraneuses protectrices recouvrant le système nerveux central constitué de la moelle épinière et de l'encéphale, ainsi que la portion intracrânienne des nerfs crâniens et les racines des nerfs spinaux [4].

Dans les méninges se trouve le liquide cérébro-spinal (ou céphalo-rachidien). Ce liquide, circulant dans l'espace compris entre l'arachnoïde et la pie-mère (espace subarachnoïdien), joue un rôle protecteur pour le cerveau : il amortit notamment les chocs endurés dans des mouvements violents, par exemple lors d'une chute ou d'un coup [4].

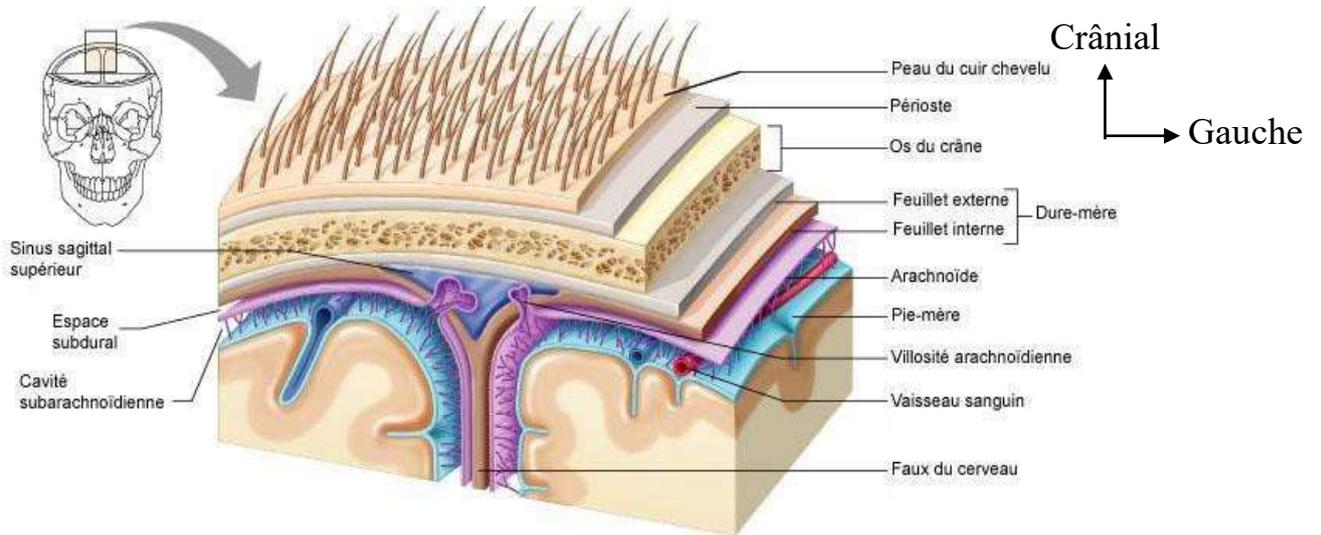
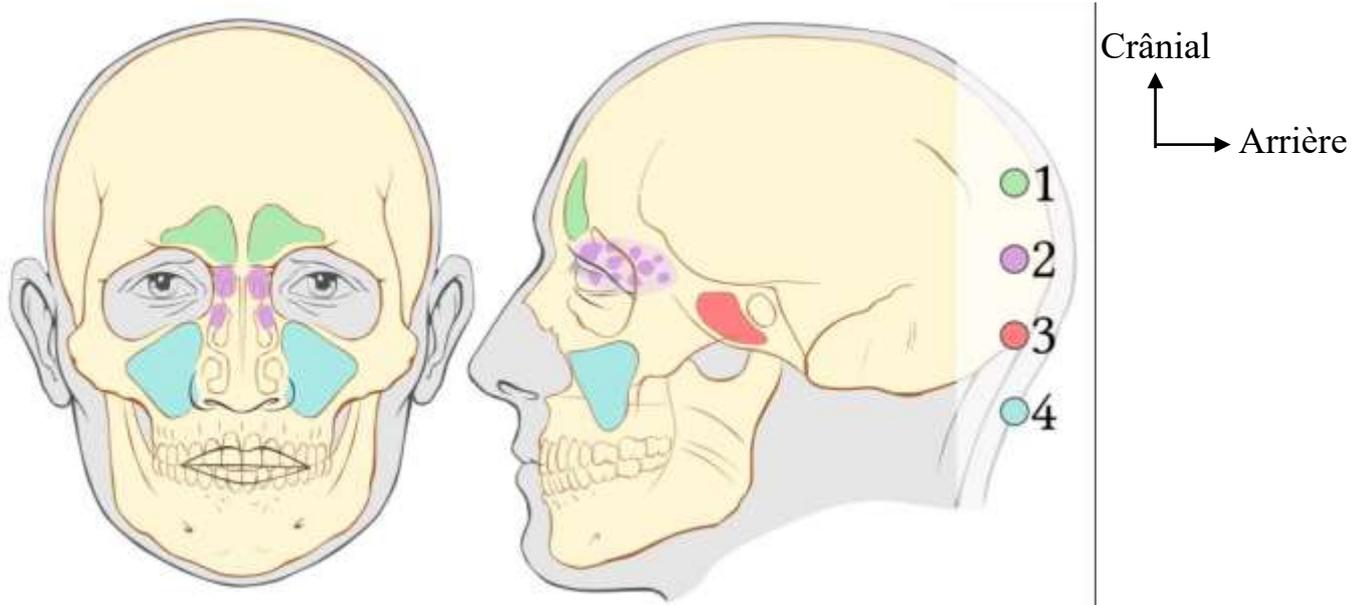


Figure 3 : Schéma d'une coupe frontale des méninges en 3 dimensions [4].

2.1.3. Sinus

On retrouve quatre paires de sinus (figure 4) :

- Frontaux
- Ethmoïdaux
- Sphénoïdaux
- Maxillaires (les plus volumineux)



Légendes : 1. Sinus frontaux, 2. Sinus éthmoïdaux, 3. Sinus sphénoïdaux, 4. Sinus maxillaires.

Figure 4 : Schéma en vue frontale et latérale gauche des sinus [4].

2.1.4. Rapports anatomiques et voies de diffusion

Au niveau de la face, les espaces concernés par les infections dentaires peuvent être subdivisés en 3 types, dans lesquels on retrouve 14 loges anatomiques (Figure 5) :

- o Les espaces maxillaires primaires, composés des loges canine, buccale et infra temporale.
- o Les espaces mandibulaires primaires, qui regroupent les loges submentale, submandibulaire, sublinguale et orale.
- o Les espaces faciaux secondaires, composés des loges massétérine, ptérygomandibulaire, temporales superficielle et profonde, parapharyngée, retropharyngée, pré-vertébrale et parotidienne.

Les loges les plus fréquemment infectées dans le cadre d'un abcès cérébral d'origine dentaire sont [4] :

- La loge submandibulaire (30%)
- La loge buccale (27,5%)

- La loge parapharyngée (12,5%)

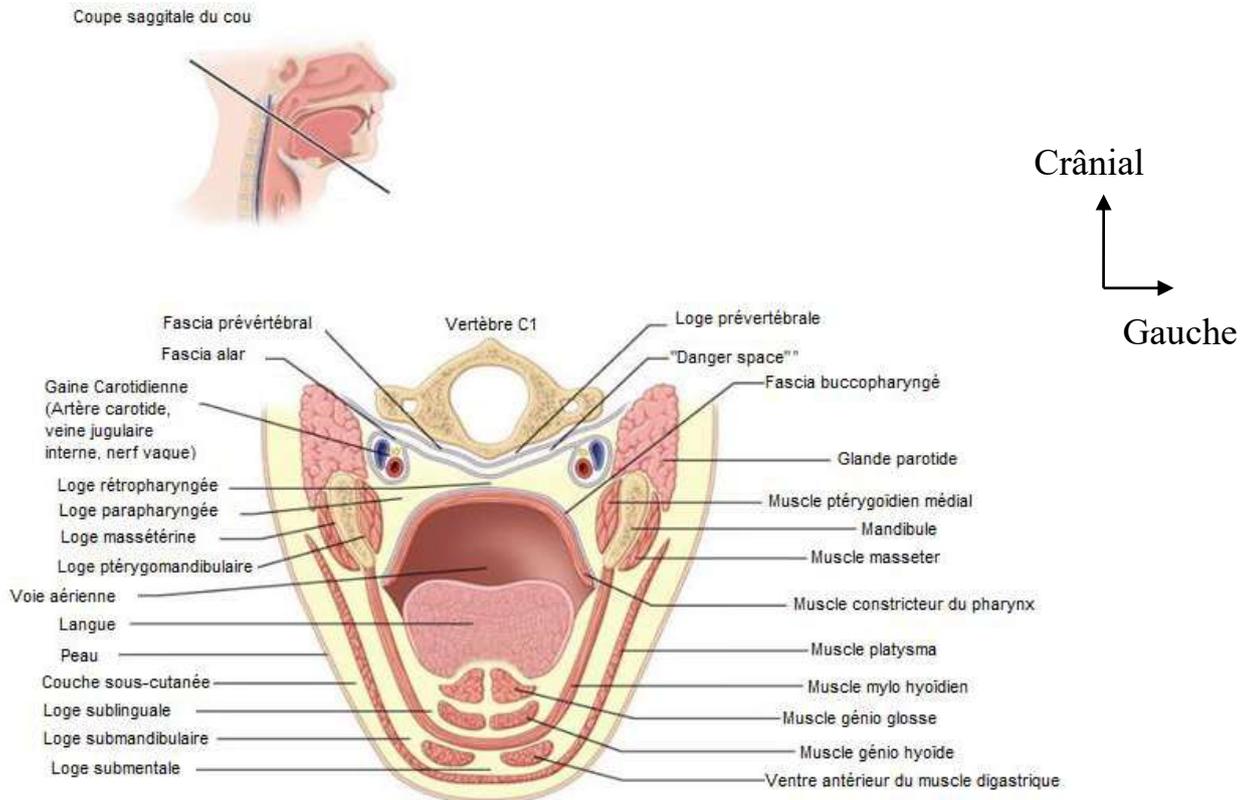


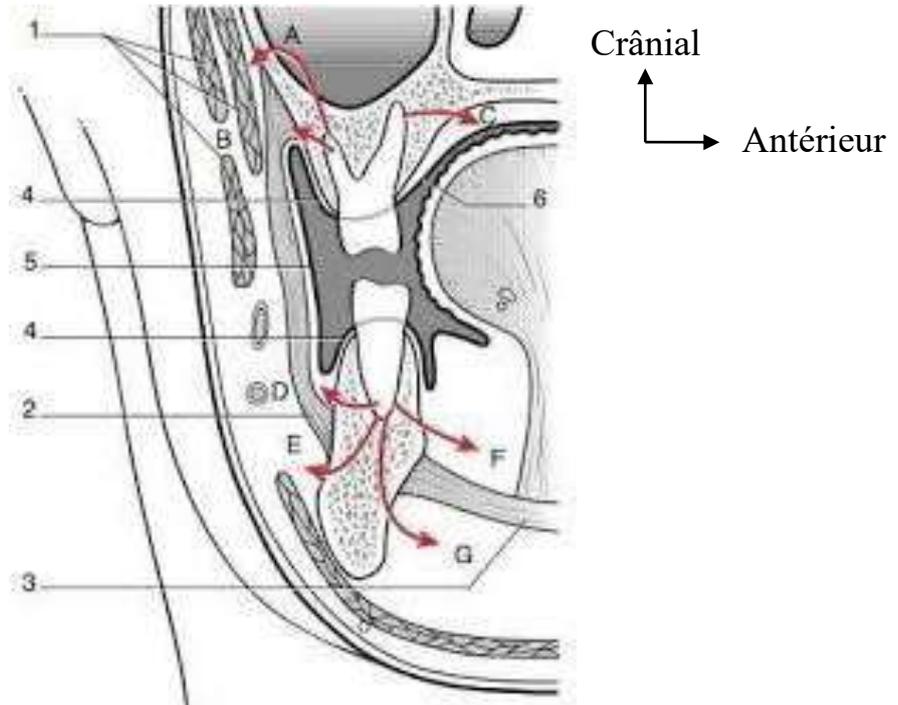
Figure 5 : Schéma des différentes loges anatomiques faciales, coupe oblique [4].

□ Dissémination cérébrale

Dans le cadre d'une infection dentaire, les germes diffusent préférentiellement par contiguïté ou par voie hématogène via la circulation sanguine [4]

Dans le cadre d'une diffusion par contiguïté, l'infection se répand dans toutes les directions depuis la racine de la dent, préférentiellement selon les lignes de moindre résistance (Figure 6).

L'infection s'étend à travers l'os spongieux avant de rencontrer une barrière d'os cortical. Si la paroi corticale est mince, l'infection peut passer au travers de cette dernière et pénétrer dans les différentes loges. Les germes peuvent ensuite atteindre l'espace ptérygomaxillaire puis diffuser au travers des tissus pour gagner le sinus caverneux via le drainage veineux direct [4].



Légende : 1.Muscles de la face 2.Muscle buccinateur 3.Muscle mylo-hyoïdien 4.Muqueuse gingivale 5.Muqueuse jugale 6.Muqueuse palatine A.Cellulite génienne haute B.Abcès vestibulaire haut C.Abcès palatin sous périoste D.Abcès vestibulaire inférieur E.Cellulite génienne basse F.Cellulite sus mylo-hyoïdienne G.Cellulite sous mylohyoïdienne.

Figure 6 : Schéma des voies de diffusion de l'infection d'une dent, coupe frontale de la face passant par la première molaire [4].

o Lors d'une diffusion hématogène par la voie systémique, les bactéries diffusent depuis une infection dentaire vers le cerveau par la communication entre le réseau veineux intra et extracrânien [4].

Les pathogènes sont transportés par le flux sanguin circulant dans les veines faciales et ophtalmiques puis pénètrent dans le crâne par le sinus caverneux [4].

Le risque plus élevé de diffusion hématogène d'une infection dans cette région serait attribuable à une communication continue entre la veine faciale, le plexus ptérygoïdien, les veines angulaire, ophtalmique et le sinus caverneux, et non au flux rétrograde dans des veines sans valvules [4].

Enfin, les bactéries peuvent gagner le système nerveux central depuis les sinus caverneux [4].

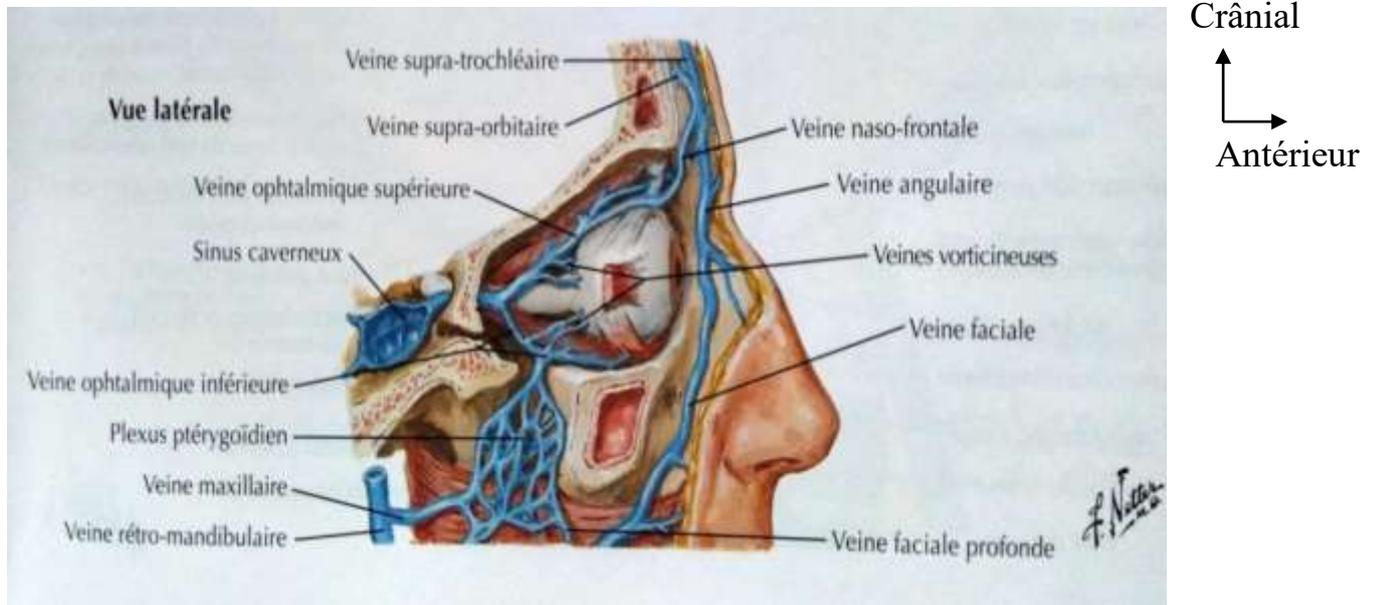


Figure 7 : Schéma d'une vue latérale droite, drainage veineux de l'orbite [9]

Comme nous pouvons le constater, les germes aboutissent au niveau des sinus caverneux dans les deux modes de diffusion. Les sinus caverneux sont des sinus veineux crâniens ou sinus dure-mériens. En nombre pair, ils sont formés par la duplication de la dure-mère et situés à l'étage moyen de la base du crâne, de part et d'autre du corps de l'os sphénoïde et de la selle turcique [4] (Figure 8).

La thrombose de ces derniers constitue généralement la première étape des bactéries pour gagner le système nerveux central [4].

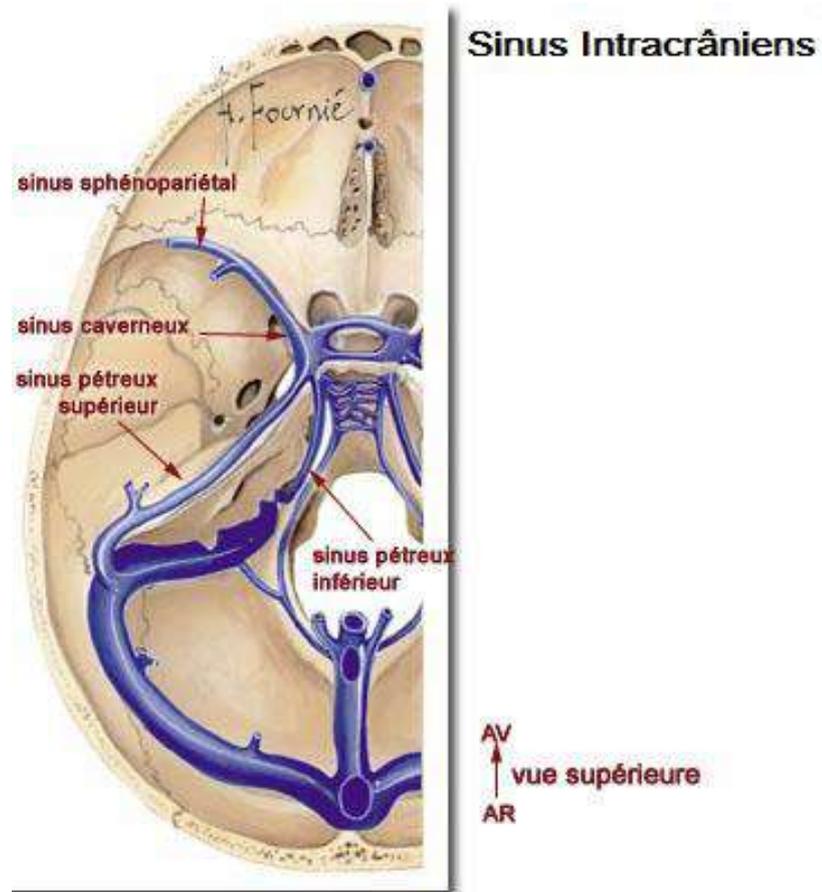


Figure 8 : Schéma des sinus intracrâniens, vue supérieure [4].

2.2. Epidémiologie [4]

Malgré l'évolution des thérapeutiques, incluant l'avènement des antibiotiques, l'abcès cérébral constitue toujours une pathologie menaçant le pronostic vital et pouvant entraîner des séquelles graves. L'âge moyen est de 30 - 45 ans et l'infection est à prédominance masculine puisqu'on retrouve selon les études une prévalence de 66% chez l'homme.

Les localisations principales sont :

- Le lobe frontal (37%), touché surtout dans les cas d'infection par Contiguïté
- Le lobe pariétal (27%), touché surtout dans les cas d'infection par voie hématogène

□ Le cervelet (30%)

Les localisations peuvent être multiples (21%), plus particulièrement dans les cas de diffusion par voie hématogène.

2.3. Physiopathologie

Les abcès se développent principalement à la jonction substance grise-substance blanche, dans un territoire jonctionnel moins vascularisé, entre les territoires superficiels et profonds de l'artère cérébrale moyenne.

La formation de cette collection suppurée développée au sein du parenchyme cérébral, évolue en 4 phases [18] :

- Encéphalite pré-suppurative (« cérébrite » précoce) : de J1 à J3, composée d'une inflammation localisée, caractérisée par une accumulation de polynucléaires neutrophiles, une nécrose tissulaire et un œdème.
- Collection purulente sans coque (« cérébrite » tardive) : de J4 à J9, avec apparition d'une zone nécrotique centrale et extension de la zone inflammatoire, avec infiltrat de lymphocytes et de macrophages.
- Abcès collectée avec capsule fine (encapsulation précoce) : de J10 à J14, où apparaît une gliose ou fibrose périphérique associée à une hyper vascularisation, formation de la capsule bien vascularisée qui protège la matière cérébrale environnante de l'extension bactérienne.
- Abcès collecté avec coque épaisse (encapsulation tardive) : à partir de J15, où la capsule est définitivement formée, par consolidation à l'aide de couches de cellules gliales, de collagènes et de granulocytes, encerclant l'abcès formant une paroi relativement étanche.

Les abcès sont essentiellement de localisations supra-tentorielles (80%), temporales ou frontales selon la porte d'entrée, plus rarement au niveau du cervelet et du tronc cérébral (15%), et exceptionnellement retrouvés au niveau cérébral profond (5%) [19]

2.4. Etiopathogénie [4]

Selon la littérature, la diffusion des germes bucco-dentaires au niveau cérébral se fait préférentiellement par contiguïté dans le cadre d'une infection aigüe ou alors par voie hématogène depuis les foyers infectieux chroniques.

De manière générale, on retrouve 4 voies de disséminations infectieuses

Intracrâniennes :

- Diffusion d'une infection voisine par contiguïté, au travers des plans faciaux (50%)
- Diffusion d'une infection systémique par voie hématogène (20%)
- Intervention neurochirurgicale (20%)
- Traumatisme ou blessure à la tête (10%)

Le drainage lymphatique peut également être une voie de dissémination d'une infection sous-jacente. Cependant, aucune étude n'a réussi à prouver son implication dans une infection intracrânienne à ce jour.

La majorité des abcès cérébraux résulte de la propagation directe de l'infection à travers les plans faciaux. Ce type d'infection donne le plus souvent naissance à des abcès "solitaires", localisés préférentiellement dans le lobe frontal et plus rarement dans le lobe temporal.

Lors d'une diffusion hématogène, il s'agit alors plus fréquemment de lésions multiples, avec une capsule moins nette. Différentes études montrent une fréquence accrue dans les territoires frontaux, pariétaux ou fronto-pariétaux, souvent associée à une résistance plus élevée aux antibiotiques.

Enfin, dans 15 à 25% des cas, on ne retrouve pas d'étiologie précise à l'infection intracrânienne : l'abcès est alors dit "cryptique". Une origine dentaire pourrait expliquer la majorité des abcès pour lesquels aucune autre porte d'entrée n'a pu être mise en évidence.

2.5. Signes

2.5.1. Examen clinique

2.5.1.1. Signes fonctionnels :

Douleur, céphalées, fièvre, tuméfaction, déficit neurologique

2.5.1.2. Signes cliniques généraux : [15]

La présentation clinique dépend de la taille, de la localisation et du nombre de lésion, ainsi que l'âge du patient et de son état immunitaire. Cependant, certaines SIC restent « silencieuses » pendant très longtemps jusqu'à atteindre un volume important avant de s'exprimer. Les manifestations cliniques des SIC peuvent, généralement, être liées à la masse, au dysfonctionnement neuronal focal de la région touchée et/ou à l'infection prédisposant. Le délai d'apparition des symptômes est variable ; la plupart des patients deviennent symptomatiques en une semaine après la formation de la lésion. Classiquement, le diagnostic des SIC repose sur la triade de BERGMAN associant une hypertension intracrânienne, un syndrome infectieux et des signes neurologiques de focalisation.

a) Syndrome d'hypertension intracrânienne :

La sémiologie de l'hypertension intracrânienne varie selon l'âge et se manifeste chez l'adulte par :

- Des céphalées matinales modérées à sévères, d'intensité progressive, siégeant le plus souvent du côté de la lésion, rebelles aux antalgiques usuels, s'accroissant à la toux, aux efforts et aux changements de position.
- Des nausées et vomissements faciles en jet, soulageant les céphalées.
- Une baisse de l'acuité visuelle avec un œdème papillaire au fond d'œil.

b) Syndrome infectieux :

Les signes infectieux sont inconstants et leur absence ne doit donc en aucun cas faire rejeter le diagnostic. Une température supérieure à 38°C est retrouvée dans 50% des cas environ, voire moins. Elle peut être associée à

des frissons et des sueurs avec altération de l'état général.

c) Signes neurologiques de focalisation :

La présence des signes de focalisation dépend du siège de l'abcès et de son volume. Ce sont : le déficit moteur, l'aphasie, l'atteinte des paires crâniennes, les crises convulsives, le syndrome cérébelleux.

2.5.1.3. Signes de l'examen stomatologique : [4]

L'examen clinique commence habituellement par l'examen exo-buccal (ou facial) et se poursuit par l'examen des structures endo-buccales. Bilatéral et comparatif, il doit permettre de mettre en évidence toute manifestation carieuse, muqueuse, infectieuse, ou traumatique afin de réaliser un état des lieux précis de l'état de santé bucco-dentaire du patient.

a) . Examen exobuccal

L'examen exo-buccal débute par l'analyse visuelle du visage afin d'apprécier l'harmonie des différents étages de la face. Cette étape permet également de mettre en évidence une asymétrie, un œdème ou des lésions cutanées. L'examen se poursuit par la palpation des chaînes ganglionnaires à la recherche d'éventuelles adénopathies.

b) . Examen endobuccal

L'examen endobuccal doit être systématique et intéresser toutes les régions de la cavité buccale. Sont évalués par inspection visuelle et palpation les lèvres, la muqueuse jugale, la langue, le plancher de bouche, la voûte palatine et le voile du palais afin d'apprécier l'état de surface des muqueuses et observer toutes blessures ou altérations pathologiques. La santé parodontale est également contrôlée grâce au sondage parodontal et l'inspection visuelle des gencives.

Lors de cette étape, le praticien peut apprécier l'hygiène bucco-dentaire, la présence de poches parodontales mais aussi une éventuelle brièveté du frein lingual ou inter incisif, la présence d'une fistule ou d'une pathologie salivaire (lithiase).

c) . Examen des dents

Les dents seront minutieusement examinées afin de mettre en évidence toutes anomalies congénitales (amélogénèse/dentinogénèse imparfaite), lésions carieuses (déminéralisations, cavités) et lésions d'usures (facettes d'abrasion, etc.). La mobilité dentaire est contrôlée lors de cette étape.

2.5.2. Examens paracliniques

Imagerie

La prise en charge des infections intracrâniennes a grandement progressé, en partie grâce à l'avènement de la tomodensitométrie et de l'imagerie par résonnance magnétique [4].

2.5.2.1. Tomodensitométrie

Le scanner est réalisé dès l'admission du patient car il donne des indications précises concernant la localisation, la taille et le nombre de lésions [8]. L'abcès cérébral au stade collecté, réalise une image typiquement annulaire, à centre iso ou hypodense, entourée d'une prise de contraste annulaire et d'un halo d'œdème important (Figure 9) [8]. Au stade d'encéphalite pré-suppurative, le scanner met en évidence une zone hypodense expansive comportant des prises de contrastes disséminées. L'existence sur le scanner, d'anomalies en rapport avec la porte d'entrée infectieuse (sinus de la face, oreille) est un élément important du diagnostic [7]

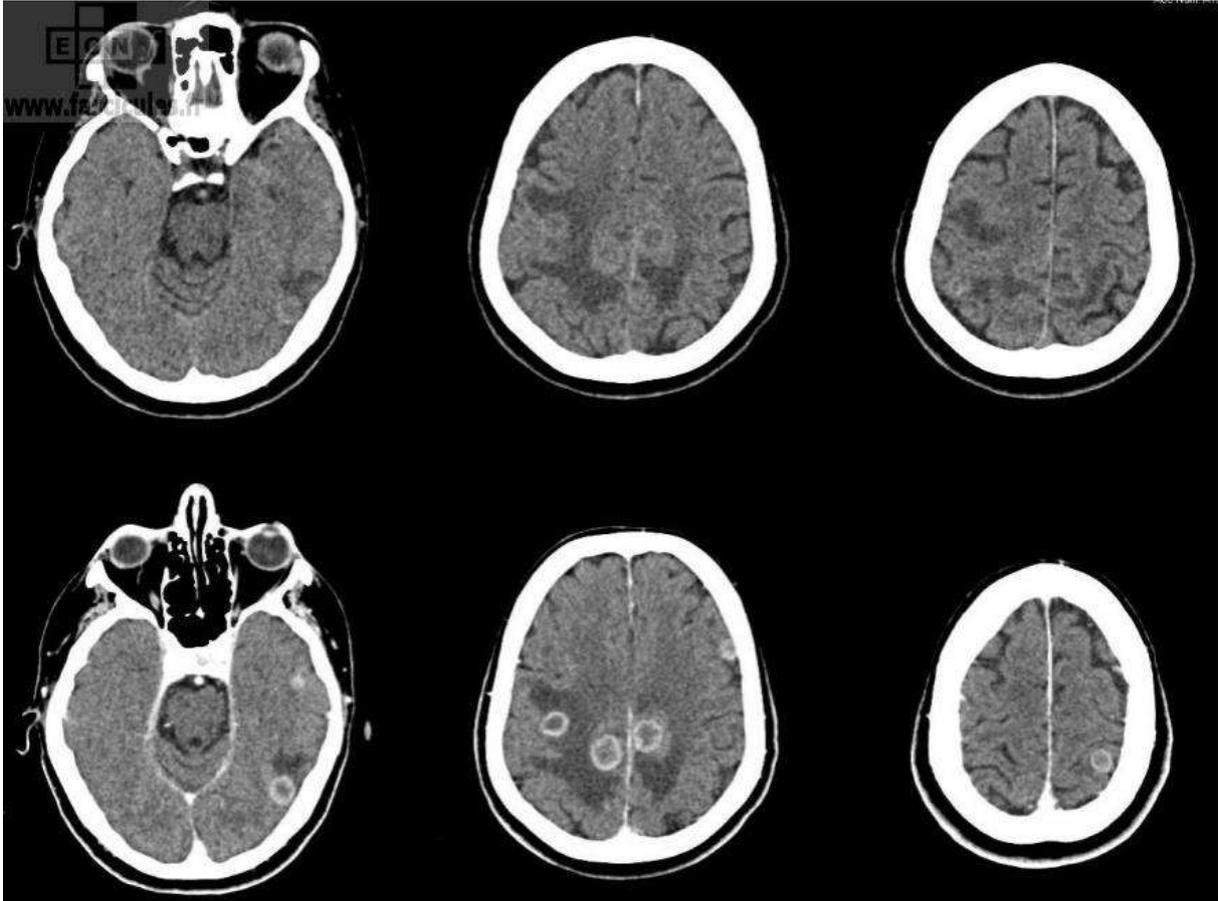


Figure 9 : Images tomodensitométriques, en coupes transversales mettant en évidence plusieurs lésions intracrâniennes [4]. .

2.5.2.2. Imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'IRM quant à elle offre une résolution en contraste relativement élevée, privilégiant ainsi l'étude des structures "molles" (cerveaux, moelle épinière, muscles, cœur, tumeur...), naturellement plus riches en hydrogènes que les structures "dures" (Os, corticale...). L'IRM apporte un diagnostic plus précoce et plus précis. Dans le cas d'un abcès cérébral, elle montre une image en anneau typique, entourée d'un œdème, significative de l'encapsulation de la lésion [4].

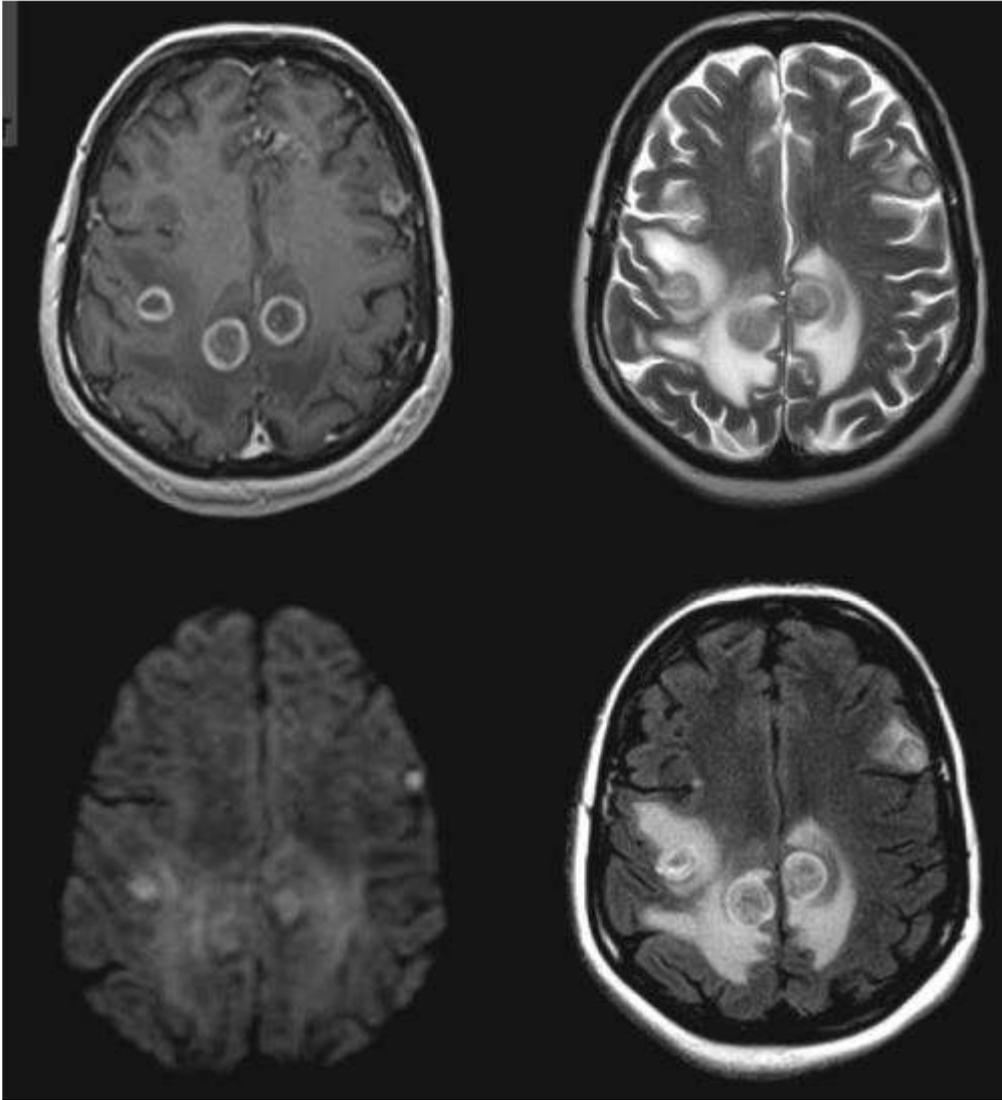


Figure 10 : IRM, en coupes transversales objectivant un abcès cérébral dans le lobe occipital droit [4]. .

L'IRM, plus difficilement accessible dans l'urgence, n'est utilisée que dans 20% des cas en première intention [7], mais est souvent employée pour le suivi et la surveillance lors de la prolongation du traitement antibiotique par voie orale [4].

2.5.2.3. Imagerie stomatologique

Afin d'observer les racines dentaires, la qualité et quantité d'os, ainsi que les structures environnantes (sinus, articulation temporo-mandibulaire, etc.) non visible à l'examen clinique, un examen radiologique précis est indispensable :

□ **La radiographie panoramique dentaire**, facilement réalisable et peu irradiante, permet d'étudier la cavité orale dans son ensemble. De plus elle nous

permet d'observer d'éventuelles dents incluses (retenues dans l'os sans communication avec la cavité buccale), enclavées (retenues dans l'os mais en communication avec la cavité buccale), ou en désinclusion (incluses ou enclavée une bonne partie de la vie, désormais en communication avec la cavité buccale). Il s'agit le plus souvent de troisièmes molaires mais cela peut également concerner d'autres dents (canines par exemple) ou odontomes.

□ **Clichés rétro-alvéolaires**

En cas de doute, seront réalisés afin d'apprécier plus précisément toutes lésions carieuses, péri-apicales, ou parodontales.

2.5.3. Biologie

La réalisation d'une numération de la formule sanguine (NFS) peut apporter des informations intéressantes à travers l'étude des lignées blanches. La leucocytose (nombre de globules blancs $> 10000/\text{mm}^3$) est non seulement le signe d'un problème infectieux mais selon certains auteurs on retrouve une forte corrélation entre la mise en évidence d'une leucocytose et une faible survie, mais aussi entre une fièvre élevée à l'admission ($> 38,5^\circ\text{C}$) et un plus grand risque de décès du patient [5].

D'autre part, l'hémoculture, qui consiste à mettre en culture un échantillon sanguin pour y rechercher la présence d'éventuels organismes, peut orienter le diagnostic dans les cas où la diffusion de l'infection se fait par voie hématogène [4].

2.6. Prise en charge thérapeutique

2.6.1 But : Il est de :

- Réduire voire éliminer la taille de la lésion
- Traiter la porte d'entrée

2.6.2. Les moyens et méthodes

Le traitement médico-chirurgical de l'abcès cérébral se divise en trois composantes :

- Instauration d'une antibiothérapie
- Drainage du pus et/ou excision de l'abcès
- Recherche de portes d'entrées et traitement du/des foyer(s) infectieux source

➤ Médicaux :

a) Le traitement symptomatique est fait de :

- o D'anti-œdémateux : mannitol, corticoïdes
- o D'anticonvulsivants : phénobarbital, diazépam
- o D'antalgiques-antipyrétique
- o D'héparinothérapie si thrombose veineuse associée ou prévention de cette dernière
- o De solutés et d'électrolytes
- o Le Nursing, nécessaire dans la prévention des complications de décubitus.

b) Antibiothérapie

Devant l'urgence de la situation clinique, la prise en charge médicale vise dans un premier temps à faire régresser l'infection. La recherche de la porte d'entrée n'est effectuée qu'après obtention des résultats du bilan bactériologique [8].

Une antibiothérapie à large spectre est instaurée le plus rapidement possible [4].

Le choix du traitement antibiotique de première intention est basé sur :

- Les micro-organismes les plus souvent retrouvés selon la pathologie
- L'état de santé et les comorbidités du patient
- Le mécanisme de l'infection

□ La faculté des antibiotiques à pénétrer la barrière hémato-encéphalique [4]

L'antibiothérapie de choix, en l'absence d'orientation bactériologique particulière, est l'association à haute dose en intraveineuse [4].

La durée moyenne de l'antibiothérapie intraveineuse est comprise entre 6 et 8 semaines, généralement suivie par une étape d'antibiothérapie par voie orale, maintenue jusqu'à rémission complète [7].

➤ **Chirurgicaux**

L'antibiothérapie seule n'est prescrite qu'en l'absence de signes cliniques ou radiologiques de gravité [8]. En cas d'abcès constitué (ayant atteint le stade d'encapsulation), le traitement par antibiothérapie seule est inefficace, du fait de la faible capacité des antibiotiques à passer au travers de la barrière hémato-encéphalique. Une intervention neurochirurgicale est alors pratiquée dans 85% des cas [4].

Selon la littérature, l'aspiration par chirurgie stéréotaxique est l'intervention préférée en première intention et est pratiquée dans environ 76% des cas [4]. Le choix est dicté par les préférences du chirurgien, mais également par des facteurs anatomiques locaux :

□ Dans le cas d'une urgence neurologique où un abcès cérébral solitaire, de diamètre inférieur à 2.5 centimètres, est diagnostiqué, la priorité thérapeutique est donnée à la ponction chirurgicale stéréotaxique [4].

□ Face à des abcès multiples et/ou situés dans des zones à risques majorés, comme les zones éloquentes du cerveau par exemple, des micro-drainages multiples par stéréotaxie sont préférés [4].

□ Enfin, la ponction neurochirurgicale avec excision concerne au mieux les abcès de plus de 2,5 centimètres de diamètre, siégeant dans des sites accessibles, sans nécessiter de traverser une région anatomique vitale [8].

L'excision est majoritairement pratiquée dans les cas non traités après plusieurs aspirations, mais aussi dans les cas d'abcès du cervelet, car cette zone est inaccessible à l'aspiration [4].

a). Aspiration de l'abcès/ prélèvement du pus

La chirurgie stéréotaxique moderne permet le traitement de la plupart des abcès d'au moins 1 cm de diamètre, constitués d'une cavité centrale collectée, situés dans des zones accessibles [7]. Chez les patients avec abcès multiples, la priorité est donnée à celui qui est le plus volumineux et accessible afin d'obtenir rapidement un matériel cultivable pour l'étude bactériologique [4]. La décision d'aspirer les autres abcès dépend de leur taille, de l'extension de l'œdème péri-lésionnel, de la symptomatologie et de leur sensibilité aux antibiotiques [4].

Elle est contre-indiquée dans de rares cas, chez des patients avec un état général précaire ou avec des facteurs de risque chirurgicaux importants [4].

L'indication du drainage est cependant formelle en cas de tableau neurologique grave, d'abcès volumineux, d'effet de masse important ou de menace de rupture au voisinage des ventricules [4].

La ponction chirurgicale de l'abcès est réalisée dans des conditions opératoires stériles strictes, grâce à une aiguille chirurgicale montée sur un cadre stéréotaxique (Figure11).

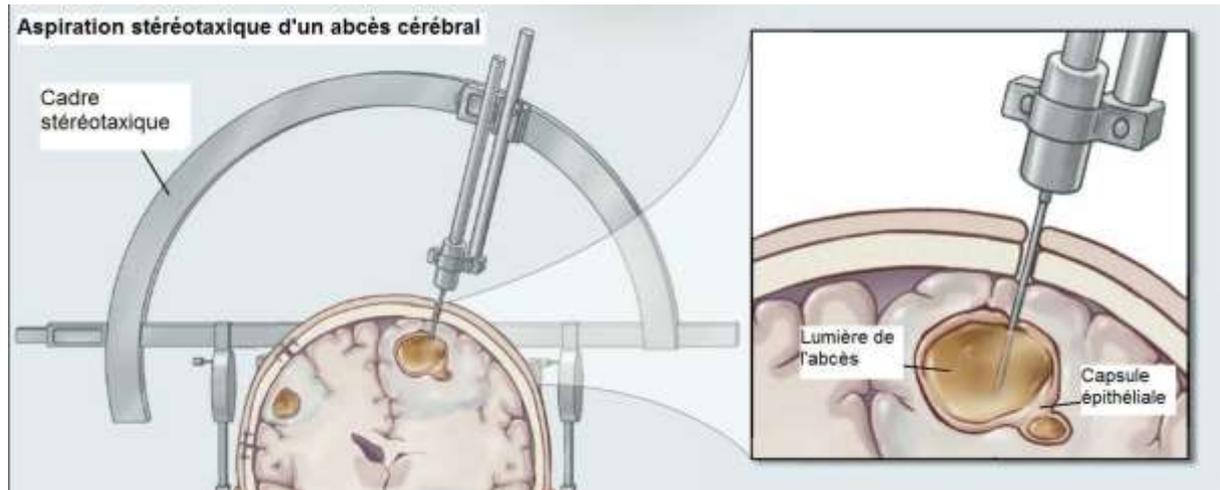


Figure 11 : Schéma de l'instrumentation en chirurgie stéréotaxique [4].

La ponction-aspiration de l'abcès en stéréotaxie permet d'obtenir une documentation bactériologique dans 85% des cas. Elle devient une technique neurochirurgicale impérative pour l'identification des pathogènes s'ils ne sont pas déterminés autrement. Le drainage va réduire l'effet de masse des tissus nécrotiques, permettant alors une meilleure pénétration des antibiotiques au travers de la capsule épithéliale [4].

b). Excision neurochirurgicale

Certains abcès traités par antibiothérapie seule ou par ponction aspiration (sous couverture antibiotique) ne disparaissent pas complètement. Ils peuvent être récurrents, du fait d'un regain de virulence des pathogènes, où bien résistants au traitement pratiqué en amont, du fait de leur localisation ou du manque d'efficacité des antibiotiques sélectionnés. L'excision chirurgicale de l'abcès est alors indiquée, chez les patients qui ne présentent pas un état de santé précaire et/ou plusieurs facteurs de risques chirurgicaux.

La décision de pratiquer une excision avec craniotomie est prise par le chirurgien et son équipe. Le but de l'intervention est de drainer l'abcès au maximum et de retirer la totalité de la lésion. Un drainage continu est possible grâce à l'utilisation d'un cathéter, permettant de diminuer le taux de ré-opération,

mais cela est non recommandé en routine du fait du risque de développement d'une infection nosocomiale [4].

Sous anesthésie générale, le crâne du patient est totalement rasé, puis les localisations exactes des craniotomies sont précisées à l'aide d'un marqueur (Figure12).

Le scalp est alors incisé, et l'os du crâne exposé. Après cela, le pus jaune verdâtre est aspiré à l'aide d'une seringue jetable. Dans certains cas comme celui illustré ici, la capsule épithéliale de l'abcès ne peut pas être retirée en raison des risques, car elle est adhérente au parenchyme cérébral. Ensuite, le volet crânien est remis en place, puis le scalp suturé par-dessus.

Le matériel aspiré est immédiatement envoyé au laboratoire pour analyse microbiologique [4].

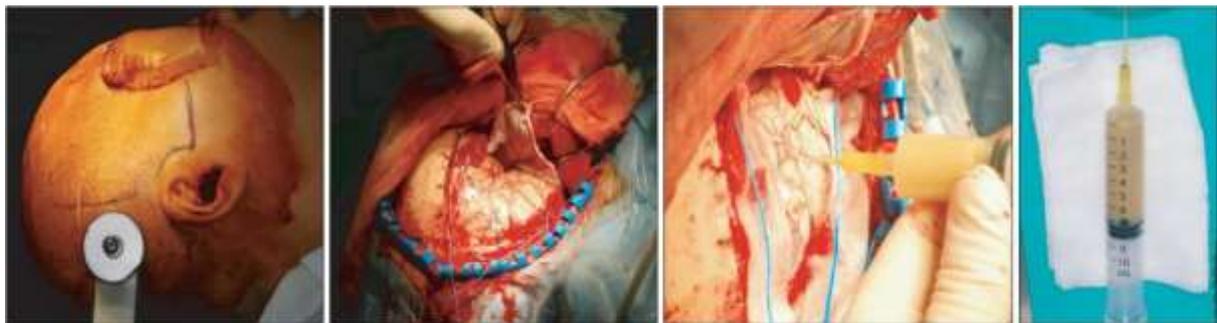


Figure 12 : Photographies des procédures de craniotomie et d'aspiration, où approximativement 8ml de pus ont été aspirés [4].

2.6.3. Recherche des foyers infectieux sources

Une fois le diagnostic d'abcès cérébral confirmé et son traitement établi, une étude bactériologique du pus contenu dans la lésion doit être réalisée le plus tôt possible pour identifier les germes en causes [4]. Une ou plusieurs portes d'entrée infectieuses pourront alors être mises en évidence puis traitée afin d'éradiquer l'infection à sa source.

2.6.3.1. Analyse microbiologique

L'identification des germes est difficile et parfois il s'avère nécessaire de recourir à l'analyse ADN des bactéries [4]. Des techniques d'empreintes

moléculaires basées sur le séquençage des nucléotides, ainsi que l'Amplification en Chaîne par Polymérase (ACP ou PCR en anglais) peuvent être utilisées pour mieux comprendre les mécanismes infectieux] et identifier des isolats provenant de différentes sources [4] Comme nous l'avons décrit ci-dessus, l'instauration précoce d'une antibiothérapie à large spectre est indispensable dans la prise en charge des patients souffrant d'abcès cérébral. Cependant cette antibiothérapie va impacter les résultats des cultures biologiques réalisées notamment en diminuant leur rendement [7].

Cas particulier des bactéries anaérobies:

D'après les résultats des analyses microbiologiques étudiées, une prédominance de bactéries aérobies est généralement retrouvée [7]. L'isolement des bactéries anaérobies en laboratoire requiert certaines conditions de transport et de mise en culture spécifiques, qui ne sont pas toujours respectées. Dans de bonnes conditions de prélèvement, de transport et de culture, les anaérobies représentent la majorité des bactéries isolés dans les abcès cérébraux. Elles représentent en moyenne 55.4% des germes isolés, et l'on retrouve au moins un germe anaérobie isolé dans 52.4% des abcès cérébraux [4]. Dans certains cas, les bactéries sont toutes strictement anaérobies, ce qui montre leur potentiel pathogène.

2.6.3.2. Recherches de portes d'entrée

La porte d'entrée infectieuse doit ensuite être identifiée et traitée. Sa recherche est systématisée [4] :

□ Portes d'entrées orales : de par sa complexité structurale, ses rapports directs avec d'autres loges anatomiques et la richesse de sa flore microbienne, la sphère orale représente une porte d'entrée infectieuse majeure. L'ensemble des tissus et des muqueuses constituant les sinus, le parodonte et les dents peuvent être le point de départ d'une infection.

2.6.4. Bilan bactériologique

2.6.4.1. Corrélation microbiologique

a). Germes retrouvés dans la cavité buccale

La cavité orale est connue pour être le réservoir d'une flore microbienne riche et diversifiée. Le microbiote oral est principalement constitué de bactéries: plus de 800 espèces colonisent la muqueuse buccale, 1300 s'abritent au niveau du sulcus, et près de 1000 constituent le bio-film. La salive est un milieu riche de centaines d'espèces bactériennes, dont la concentration va de 10 à 1 000 millions de germes par millilitres [4].

Au niveau parodontal

Les gingivites et parodontites sont des pathologies infectieuses multifactorielles résultant de l'interaction entre les bactéries de la plaque dentaire et la réponse inflammatoire de l'hôte. Ces parodontopathies sont responsables de 30 à 40% des causes d'avulsion dentaire [4].

Il existe plusieurs types de parodontopathies, qui sont caractérisés par leur localisation, l'importance de leur atteinte, leur vitesse de progression et par la composition de leur flore sous gingivale. Différentes espèces sont retrouvées en fonction du type de parodontopathie (Tableau 1) [4] :

Tableau I : Principales espèces rencontrés dans les parodontites

Principales espèces bactériennes rencontrées dans les parodontites

	parodontite agressive		parodontite chronique active	parodontite réfractaire
	localisée	généralisée		
<i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i>	+++	++	++	
<i>Porphyromonas gingivalis</i>		++	++	
<i>Prevotella intermedia</i>	+	++	++	++
<i>Tannerella forsythia</i>			+	+
<i>Parvimonas micra</i>			+	+
<i>Fusobacterium nucleatum</i>			+	++
<i>Capnocytophaga</i> spp.			+	
<i>Campylobacter rectus</i>			+	
<i>Treponema denticola</i>		++	+	+
Entérobactéries				+

□ Au niveau endodontique

- Pathologies pulpaire [4]

Au niveau d'un canal radiculaire infecté, la densité bactérienne varie de 10² à 10⁸ bactéries. Il existe jusqu'à 300 espèces différentes mais 15 à 30 espèces sont majoritairement impliquées.

On note des similitudes avec la flore des caries dentinaires :

- Bactéries Gram+ aéro-anaérobie facultatives : Streptococcus, Lactobacillus (principales bactéries acidogènes dans les caries) et Propionibacterium

- Bactéries Gram- anaérobies : Veillonella

- Bactéries Gram+ anaérobies : Eubacterium

- Bactéries Gram- anaérobies : Fusobacterium nucleatum, Porphyromonas gingivalis et Prevotella intermedia

La composition de la flore microbienne est variable selon le site de provenance :

- Si la contamination est d'origine coronaire alors les cocci gram+ et bacilles gram+ sont majoritaires.
- Si la contamination est d'origine parodontale alors on retrouvera plus de bactéries à Gram-.

La composition de la flore microbienne est également variable si la chambre pulpaire est ouverte (70% de bactéries aéro-anaérobies facultatives et aérobie strictes) ou fermée (majorité de bactéries anaérobies). Une fois la pulpe nécrosée, on retrouve environ 90% de bactéries anaérobies. La nécrose est liée à la fermentation induite par les bactéries anaérobies.

- Infections péri-apicales

La flore péri-apicale est polymicrobienne avec environ 20 espèces bactériennes par canal qui sont majoritairement des anaérobies.

Sa composition est variable selon le type d'infection :

- Parodontite apicale primaire : prédominance des Bactéries Gram- anaérobies et AAF, complexes orange et rouge de Socransky+ *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* et quelques Gram+ (streptocoques, *eubacterium*, actinomyces).
- Parodontite apicale secondaire (pendant et après un traitement) et/ou persistante: prédominance des bactéries à Gram+ aéro-anaérobie facultatives (*Actinomyces*, *Propionibacterium*, *enterococcus*, *staphylococcus*).

b). Germes retrouvés dans les abcès cérébraux

Selon la littérature, environ 60% des abcès cérébraux étudiés sont polymicrobiens, surtout si les germes proviennent de l'oropharynx [8], et sont souvent composés de pathogènes virulents [5]. On retrouve généralement des germes de la famille des streptocoques et des staphylocoques; des bactéries entériques, ainsi que des bactéries anaérobies [4].

Dans le cadre d'une infection dentaire, les germes diffusent préférentiellement par contiguïté ou par voie hématogène via la circulation sanguine [5]. Les germes les plus souvent isolés dans ces modes de diffusion sont les streptocoques (54%) et particulièrement ceux du groupe anginosus, dont *Streptococcus intermedius* [8].

Streptococcus intermedius est un agent commensal de la cavité buccale souvent présent dans la salive, la plaque dentaire, qui peut être impliqué dans des infections dentaires mais également retrouvé dans le tube digestif et l'appareil génito-urinaire. Ce germe est fortement impliqué dans des infections purulentes, des bactériémies et des abcès cérébraux en raison de sa grande résistance à la phagocytose par les leucocytes polynucléaires humains. Les Staphylocoques, dont *Staphylococcus aureus* sont aussi parfois retrouvés (15%) ainsi que des bactéries anaérobies (17%) comme *Fusobacterium nucleatum*, retrouvé uniquement dans la cavité buccale [4].

2.6.4.2. Ajustement thérapeutique

Une fois les différents pathogènes responsables de l'infection identifiés, la stratégie antibiotique pourra être affinée à l'aide d'un antibiogramme [4].

Un antibiogramme est défini comme étant un examen bactériologique ayant pour but d'apprécier la sensibilité et la résistance du germe face à différents antibiotiques. Ceci permettra de déterminer la Concentration Minimale Inhibitrice (CMI), qui indique la quantité d'antibiotique nécessaire pour stopper la croissance bactérienne. Plusieurs antibiotiques pourront être testés face aux cultures bactériennes références afin de déterminer les antibiotiques les plus spécifiques [4].

Après confrontation des différents résultats, c'est la combinaison d'antibiotique la plus efficace qui sera alors sélectionnée pour traiter l'infection du patient [7]

2.6.5. Les indications du traitement

- **Les indications du traitement médical** [19]

Le traitement médical exclusif est indiqué dans les cas de suppuration de petite taille inférieure à 2 cm de diamètre, si le diagnostic de suppuration est sûr et le germe connu ; on fait une triple antibiothérapie d'abord par voie parentérale associant des antibiotiques bactéricides et ayant une bonne diffusion osseuse et cérébrale. On utilise en général une céphalosporine de 3ème génération (ceftriaxone), un aminoside (la gentamycine) et un nitro-imidazolé (le métronidazole) pendant 21 jours puis relais per os en général par une quinolone (ciprofloxacine) pendant 8 semaines.

- **Les indications du traitement chirurgical :** [19]

Abcès : C'est surtout la trépano-ponction qui est utilisée lorsque la taille de l'abcès est supérieure à 2 cm.

2.6.6. EVOLUTION

- ❖ **L'évolution sous traitement**

L'évolution est favorable si le diagnostic est précoce, l'antibiothérapie bien conduite et si la technique utilisée est moins agressive et efficace.

Les facteurs de bon pronostic sont représentés par :

- La précocité du diagnostic ;
- L'absence de résistance bactérienne ;
- La conservation de la vigilance
- La réponse aux antibiotiques.

Les critères de guérison sont représentés par :

- Un état neurologique stable ;
- Un hémogramme et une vitesse de sédimentation et une CRP normaux ;
- Une imagerie stabilisée ou normale ;
- Une porte d'entrée traitée ;

Sous traitement l'évolution peut se faire vers la guérison avec ou sans séquelles :

Des séquelles à type de persistance d'un déficit neurologique focal, une hydrocéphalie communicante et une épilepsie... ;

Le pronostic reste cependant marqué d'une mortalité de 30% [19] et de fréquentes séquelles [15].

❖ L'évolution en absence de traitement

Mal traitée ou non traitée l'évolution peut se faire vers des complications comme :

- L'engagement cérébral ;
- L'ouverture de la suppuration dans les ventricules ou espaces sous arachnoïdiens avec méningite ;
- La calcification de la suppuration ;
- Le décès.

2.7. Prise en charge odontologique

Dans le cadre du traitement des foyers infectieux à l'origine d'abcès odontogènes, la responsabilité du chirurgien-dentiste concernant l'évolution de la pathologie est engagée. Il doit dépister et éliminer l'ensemble des foyers infectieux bucco-dentaires.

Comme vu précédemment, il n'existe pour le moment aucune recommandation de bonne pratique en odontostomatologie pour la gestion des patients atteints d'infections cérébrales. Du fait d'un taux de mortalité encore élevé (10%) et du risque important de complications encourus par les patients, une approche conservatrice ne peut être envisagée [8]. La méthode chirurgicale est préférée et les foyers infectieux devront être éradiqués de manière à éviter tout risque de récurrence [8].

De ce fait, tous les foyers infectieux aigus ou chroniques devront être extraits.

Les dents présentant des lésions carieuses initiales peuvent être conservées et traitées selon les recommandations de l'odontologie conservatrice. Les dents dépassant le stade de pulpite réversible et atteignant le stade de pulpite irréversible ne peuvent cependant pas être traitées dans ce contexte médico-chirurgical [5]. En effet, dès qu'un geste invasif à l'intérieur de la pulpe doit être réalisé, l'avulsion de la dent en cause doit être décidée afin de ne pas majorer le risque de bactériémie et de tarir de manière radicale l'infection à sa source [4]. Toute atteinte parodontale doit être traitée de façon chirurgicale (extraction), à l'exception des maladies parodontales stabilisées dans les stades initiaux [5]. Bien que réduisant la charge bactérienne, détartrage et surfaçage ne peuvent être indiqués chez les patients atteints d'abcès cérébraux en raison de l'urgence imposée par la situation.

Seules les dents incluses totalement asymptomatiques peuvent être laissées en place.

Par opposition, toutes les dents incluses symptomatiques, retenues, enclavées, ou susceptible de se retrouver un jour en communication avec la cavité buccale devront être extraites [4].

2.8. Prévention et éducation

L'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale n'est plus à démontrer. Par ce fait, il est nécessaire d'attirer l'attention des patients sur la prévention et l'importance des dispositions d'hygiène bucco-dentaire. La notion de bactériémie doit être introduite avec des termes compréhensibles afin de faire saisir au patient les rapports entre la cavité orale et le reste de l'organisme. Le patient devient alors acteur dans sa prise en charge.

L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire passe d'abord par un brossage pluri quotidien efficace comprenant :

- L'utilisation d'une brosse à dent souple ou d'une brosse à dent électrique

- L'utilisation d'un dentifrice enrichi en fluor, adapté aux besoins de chacun
- L'obtention d'une hygiène inter dentaire optimale grâce à l'utilisation de fil dentaire ou de brossettes inter-dentaires

D'autre part, des modifications des habitudes alimentaires peuvent également être suggérées, comme la diminution des sodas et la mise en place d'une alimentation saine et variée.

Enfin, un examen dentaire régulier (tous les six mois), comprenant un examen radiologique, une rééducation parodontale et un enseignement à l'hygiène buccale est préconisé.

OBSERVATIONS

3. Observations

3.1 Cas n°1 : Il s'agissait d'une patiente âgée de 27 ans, ménagère, référée par le centre de santé communautaire (Cscm) de NEGUELA le 20/02/2023 pour carie dentaire (48) compliquée. Le début remonterait à environ 15 jours plus tôt, marqué par une odontalgie du groupe des molaires du quadrant 4 accompagnée d'une tuméfaction de la région génienne basse droite. La patiente aurait consulté un tradithérapeute, sans amélioration de son état. Devant la persistance et l'aggravation du tableau par une aphasie et un déficit neurologique ; elle a décidé de consulter au Cscm de NEGUELA qui nous l'a adressée pour une meilleure prise en charge.

Elle était sans antécédent médico-chirurgical pathologique connu.

A l'admission, la patiente avait un état général altéré, était obnubilée avec un score de Glasgow évalué à 13/15 ; ses conjonctives étaient bien colorées ; la pression artérielle était à 110/80 mm hg et la température à 38,8°C.

A l'examen stomatologique en exo-buccal, il y avait une asymétrie faciale en rapport avec une tuméfaction génienne basse droite, recouverte d'une peau luisante, chaude, fluctuante et douloureuse à la palpation ;

A l'examen endo-buccal, l'articulé dentaire était conservé, il y avait une limitation de l'ouverture buccale à 2,5 cm ; une mauvaise hygiène bucco-dentaire (avec dépôts de tartre) ; le reste de l'examen endo-buccal était difficile à cause de la limitation de l'ouverture buccale.

A l'examen neurologique, il y avait un syndrome pyramidal droit total flasco-spastique fait d'un déficit moteur coté à 3/5 au membre supérieur (MS) et membre inférieur (MI), réflexe ostéotendineux (ROT) vifs, d'hypotonie et d'une dysarthrie.

Devant ce tableau, nous avons pensé à une cellulite génienne droite compliquée d'un abcès cérébral.

Un bilan sanguin et une TDM crânio-faciale ont été demandés.

Résultats :

➤ **Bilan sanguin :** NFS : Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile (17000/mm³), Plaquettes (300000/mm³), Tx d'Hb : 11g/dl, Glycémie : 5,01mmol/l, Créatininémie : 98 umol/l, Sérologie VIH : négatif.

➤ **TDM :**

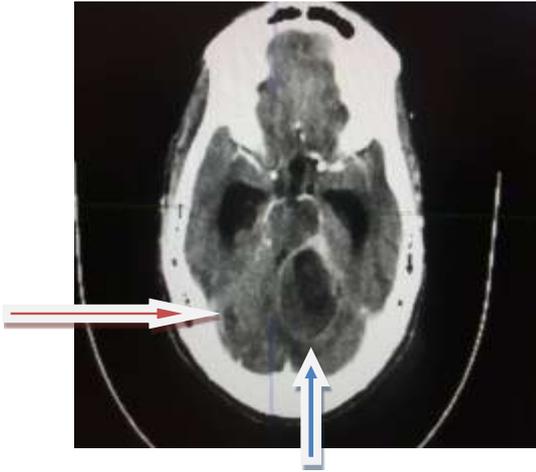


Figure 13 : Image TDM en coupe axiale montrant abcès cérébelleux droit et gauche

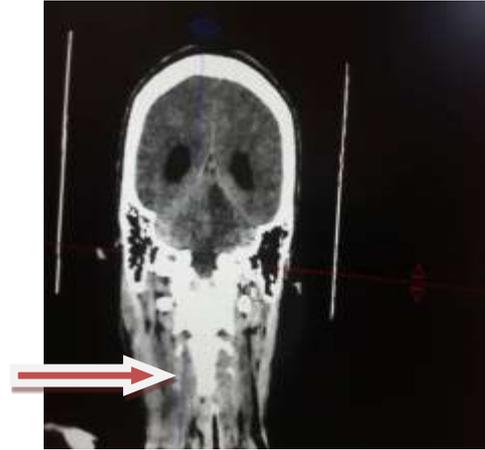


Figure 14 : Image TDM coronale montrant thrombose jugulaire interne droite

Résultats :

- Abcès cérébelleux (droit et gauche)
- Thrombose jugulaire interne droite

Référée au service de neurochirurgie après 27 jours d'hospitalisation dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.

Conduite tenue :

*** Chirurgicale :**

- Ponction de l'abcès cérébelleux à gauche 30cc du pus franc et tentative d'évacuation d'un petit abcès cérébelleux à droite (Neuro-chirurgie)
- Incision+drainage en sous angulo-mandibulaire droit et extraction des dents 18, 47, 48 (Chirurgie maxillo-faciale)

ECB du pus : Présence de *Protéus* sp ; sensible à l'amoxicilline+acide clavulanique ; ceftriaxone.

* **Médicale** : - Paracétamol perfusion 1g en IVD/6h, Enoxaparine 0,4 en S/C /24h; Ceftriaxone 1g en IVD/12h, Métronidazole perfusion 500mg en IVD/8h (pendant 21 jours après chirurgie puis Céfixime 200mg et Métronidazole 500mg cp pendant 1 mois)

* **Kinésithérapie** +++Active et passive

* **Evolution** : - Guérison

- Séquelles neurologique de l'hémicorps droit (Impotence fonctionnelle du membre thoracique et pelvien droit).

* **Surveillance** : J0 ; J3 ; J6 ; J10 ; 1mois ; 3mois ; 6 mois.

NB : La TDM post-opératoire et le reste du suivi n'ont été réalisés (perdue de vue).



Figure 14 : Photographie de la patiente après la prise en charge à 3 mois

3.2 Cas n°2 :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 23 ans, ménagère ; reçue en consultation le 16/11/2022 pour tuméfaction génienne basse gauche dont le début remonterait à 15 jours plus tôt, marqué par une algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 3 (37), d'intensité forte avec otalgie reflexe, ayant nécessité une automédication. L'évolution fut marquée par l'apparition d'une tuméfaction devant laquelle, elle aurait bénéficié d'une fumigation sans succès ; d'où la décision de se faire consulter dans un centre dentaire infantile de l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) qui nous l'a adressée devant la persistance et l'aggravation de la symptomatologie pour une meilleure prise en charge.

Elle était sans antécédent particulier connu,

A l'admission, la patiente avait un bon état général (OMS1), des conjonctives pâles, une conscience conservée (Glasgow 15/15).

A l'examen stomatologique en exo-buccal, il y avait une asymétrie faciale due à une tuméfaction génienne basse gauche à extension sous mentale, fluctuante, douloureuse avec une chaleur locale.

A l'examen endo-buccal, l'articulé dentaire était conservé, avec une limitation de l'ouverture buccale à 2 cm, une MHBD (tartres), et une suppuration vestibulaire en regard des molaires du quadrant 3.

A l'examen neurologique, il y avait un syndrome pyramidal droit (déficit moteur coté à 4/5 MS et MI ; ROT diminués ; RCP (Réflexe Cutané-Plantaire) en extension à droite), une aphasie motrice, des céphalées, et des vomissements en jet.

Devant ce tableau, nous avons pensé à une cellulite génienne gauche compliquée d'abcès cérébral.

Le bilan sanguin, l'OPG, la TDM et l'angio-scanner cérébral ont été demandés.

Résultats :

-Bilan sanguin : NFS : Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile (13000/mm³); Tx d'hémoglobine : 9,8g/dl ; plaquettes (157000/mm³), glycémie : 6,03 mmol/l, créatininémie : 60 umol/l, Sérologie VIH : négatif.

Antibiothérapie probabiliste : Amoxicilline+acide clavulanique 1,2 (1fl en IVD/8h); Métronidazole perfusion 500mg (1fl/8h en IVD); Paracétamol perfusion 1g ; solutés pendant 16 jours.

- OPG :

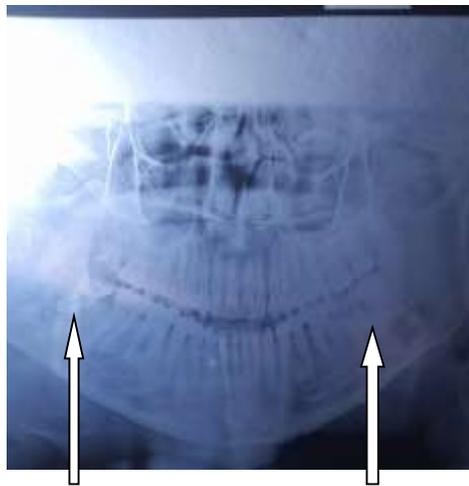


Figure 15: Rx panoramique dentaire montrant carie (37, 38,48)

- TDM :



Figure 16 : Images TDM en coupes axiales montrant collection temporelle gauche

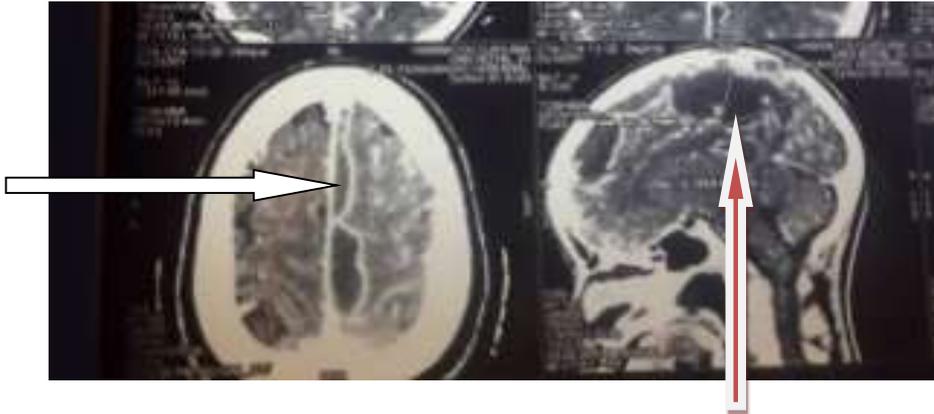


Figure 17 : Images TDM en coupes axiale et sagittale montrant collection fronto-pariétale



Figure 18 : Images TDM en coupes sagittales montrant collection mandibulaire gauche avec ostéite

Résultats :

- Collections sus durale fronto-temporo-pariétale gauche
- Collection mandibulaire gauche + ostéite en regard

- Angio-scanner cérébral : Résultats



Figure 19 et 20 : Images de l'angio-scanner cérébral (aspect normal)

Antibiothérapie probabiliste : Amoxicilline+ acide clavulanique 1,2g (1fl en IVD/8h) ; Métronidazole perfusion 500mg (1fl/8h en IVD) ; Paracétamol perfusion 1g (1fl en IVD/6h) ; solutés pendant 16 jours.

Référée au service de Neuro-chirurgie le 02/12/ 2022 où elle a bénéficié de :

*** Traitements chirurgicaux :**

- Ponction au niveau temporo-pariéto-frontal gauche ramenant du pus franc.
- Incision + drainage, extraction des dents 38, 47,48

*** Traitements médicaux :**

Paracétamol perfusion 1g en IVD/6h, Solutés, Ceftriaxone 1g en IVD/12h, Métronidazole perfusion 500mg en IVD/8h (pendant 21 jours après chirurgie puis Céfixime 200mg et Métronidazole 500mg cp pendant 1 mois).

ECB du pus était revenu stérile

-TDM post-opératoire :



Figure 21 : Image TDM en coupe axiale (aspect normale)

* **Kinésithérapie** +++active et passive

* **Surveillance :** J0 ; J3 ; J6 ; J10 ; 1 mois ; 3 mois ; 6 mois.

L'évolution fut marquée par la guérison sans aucune séquelle neurologique.



Crânial
↑
Gauche →

Figure 22 : Photographie de la patiente 12 mois après le traitement

3.3 Cas n°3

Il s'agissait d'un patient âgé de 09 ans, élève, reçu le 13/09/2023 pour tuméfaction de l'hémiface droite, dont le début remonterait à 15 jours marqué par une algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 4 (46), intense, otalgie reflexe gauche ; nécessitant des traitements traditionnels sans succès. L'évolution fut marquée quelques jours après par l'apparition d'une tuméfaction génienne droite étendue dans la région orbitaire droite. Devant ce tableau, les parents ont décidé de l'amener en consultation dans notre service pour une prise en charge.

Il est sans antécédent connu.

A l'admission, il avait un bon état général score OMS=1, les conjonctives pâles, conscience conservée avec un score de Glasgow à 15/15, T°38,5°C, Fr : 32 cycles/mn.

A l'examen stomatologique en exo-buccal, il avait une asymétrie faciale due à une tuméfaction de l'hémiface droite avec infiltration périorbitaire bilatérale, une exophtalmie droite, une fistulisation supra-orbitaire droite, une hyperesthésie sous orbitaire bilatérale, présence d'adénopathie du secteur Ib bilatérale.

A l'examen endo-buccal, il avait un bon articulé dentaire, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une limitation de l'ouverture buccale à 2 cm rendant le reste de l'examen difficile.

Notre hypothèse diagnostique a été une cellulite de l'hémiface droite à extension péri-orbitaire.

Devant ce tableau, nous avons demandé le bilan sanguin et une TDM crânio-faciale.

Résultats :

- **Bilan sanguin:** NFS : Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile (20000/mm³) ; tx d'Hb : 7,6 g/dl ; plaquettes : 200000/mm³, glycémie : 4,66 mmol/l, créatininémie : 102 umol/l, Sérologie VIH : négatif.

-**TDM :**

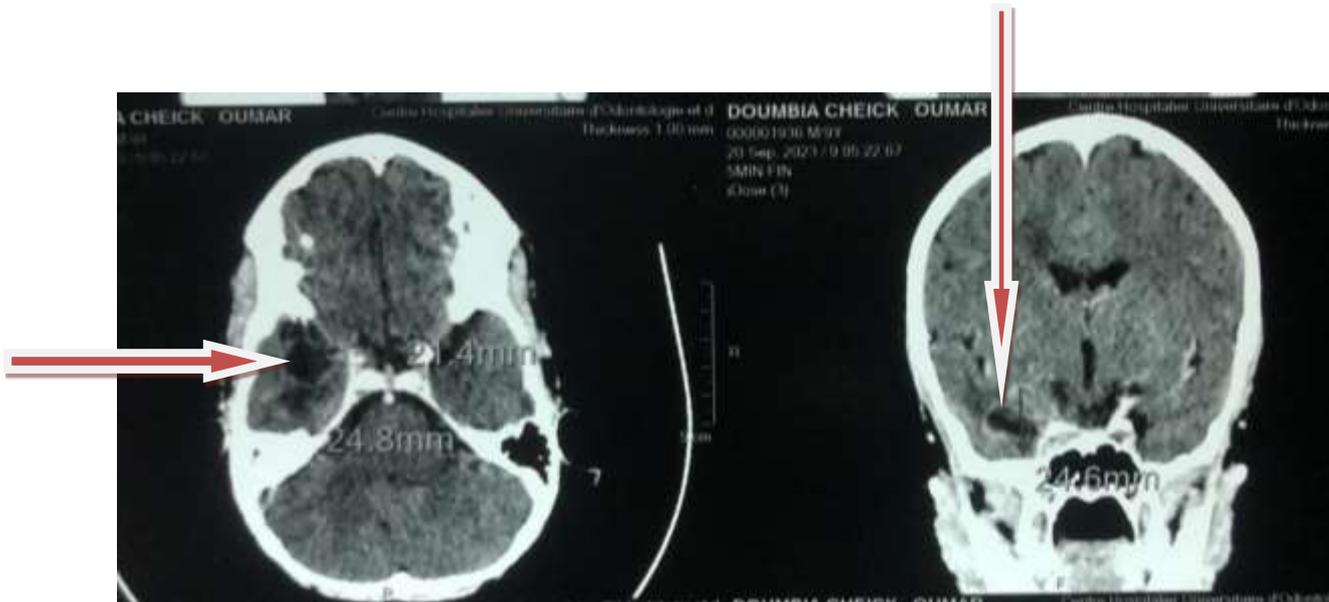


Figure 23 : Schéma d'une coupe axiale et celle coronale montrant collection temporale droite

Résultat : Collection temporale droite

Diagnostic retenu: Cellulite de l'hémiface droite à extension péri-orbitaire compliquée d'abcès cérébral.

➤ **Traitement:**

* **Chirurgical:**

- Incision et drainage suivi d'extraction de la dent 46.

* **Médical:**

- Antibiothérapie probabiliste : Céfotaxime 1g en IVD/12h;

Métronidazole perfusion 250mg en IVD/8h ; Paracétamol perfusion

500mg en IVD/6h (pendant 21 jours) puis céfixime 200mg cp et
Métronidazole 250mg cp (pendant 1mois).

*** Surveillance : J0 ; J3 ; J6 ; J10; 1mois**

L'évolution fut marquée par la guérison sans séquelle neurologique.

Nb : L'ECB n'a pu identifier de germe.

Le reste du suivi non fait (perdu de vue)



Crânial
↑
→ Gauche

Figure 24 : Photographie du patient 1 mois après le traitement

3.4 Cas n°4 :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 08ans, élève référée par le Csref de Kalabancoro le 05/02/2023(après 24 jours d'hospitalisation) pour tuméfaction mandibulaire gauche dont le début remonterait au 1^{er}/01/2023 par une algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 3 (36), d'apparition brutale,

d'intensité forte, compliquée d'une tuméfaction de la région génienne gauche après des séances de traitements traditionnels ; motivant une consultation au Csref de Kalaban-coro où elle fut hospitalisée pendant 24 jours.

L'évolution fut marquée par la persistance des symptômes, l'adjonction d'une exophtalmie bilatérale associée à une impotence fonctionnelle de l'hémicorps droit, des céphalées et des crises convulsives.

Elle était sans antécédent connu.

A l'admission, elle avait un bon état général, les conjonctives étaient colorées, la conscience était altérée (Glasgow : 10/15), T°37,3°c ; FC : 87b/mn.

A l'examen stomatologique en exo-buccal, elle avait une asymétrie faciale due à une tuméfaction génienne gauche, fluctuante, une exophtalmie bilatérale accentuée à gauche, douloureuse non pulsatile, ni réductible.

A l'examen endo-buccal, elle avait un bon articulé dentaire, une limitation de l'ouverture buccale à 2 cm, une MHBD (tartre) Le reste de l'examen endo-buccal était difficile à cause de la limitation de l'ouverture buccale.

A l'examen neurologique, elle avait une aphasie, une hémiparésie droite avec raideur brachiale, les réflexes vifs (ROT) à droite.

Notre hypothèse diagnostique a été une cellulite génienne gauche à extension péri-orbitaire bilatérale associée à un abcès cérébral.

Nous avons demandé un bilan sanguin, une TDM et l'IRM

Résultats :

-Bilan sanguin : NFS = Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile (15000/mm³) ; tx d'hb : 10g/dl ; Plaquette (350000/mm³), glycémie : 4,75 mmol/l, créatininémie : 106,75 umol/l, Sérologie VIH : négatif.

- TDM :



Figure 25 : Images TDM en coupe axiale montrant un abcès temporal gauche

Résultat : Abcès temporal gauche encapsulé.

Patiente référée au service de Neuro-chirurgie le 13/02/2023

- IRM : Résultat

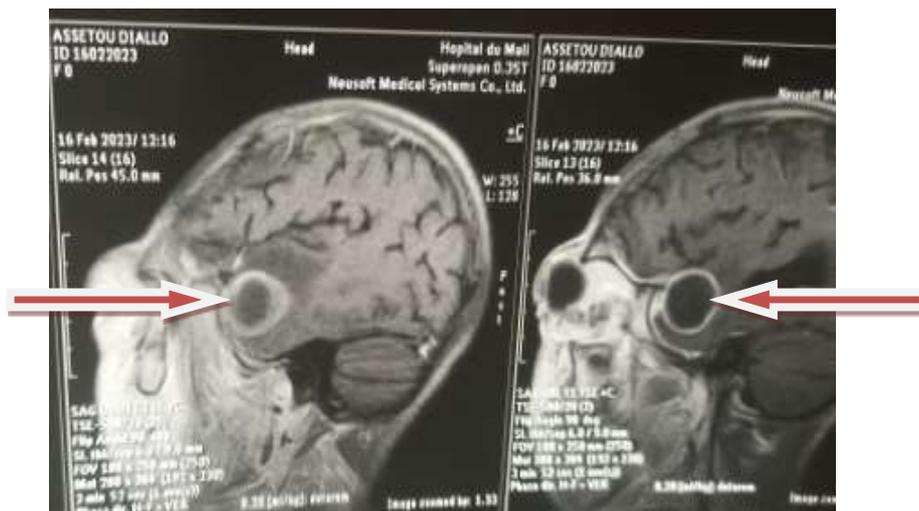


Figure 26 : IRM en coupes sagittales montrant abcès temporal gauche



Figure 27 : IRM en coupes axiales montrant abcès temporal gauche

Conduite tenue :

*** Chirurgicale :**

- Ponction d'abcès cérébral à l'aide d'un trocart et aspiration d'environ 08cc de pus franc
- Incision + drainage de la cellulite génienne et extraction de la dent 36

*** MédicaLe :**

- Céfotaxime 1g (1fl/12h), Métronidazole perfusion (1/2 fl/8h) ; Paracétamol perfusion 1g (33cc/6h), solutés (pendant 21jours).

*** Kinésithérapie** +++ active et passive

- ECB du pus : stérile

- **TDM post-opératoire :**



Figure 28 : Image TDM en coupe axiale (aspect normale)

* **Evolution** : - Guérison

- Séquelles neurologique de l'hémicorps droit (Impotence fonctionnelle du côté droit) ; limitation de l'ouverture buccale.

* **Surveillance** : J0 ; J3 ; J6 ; J10 ; 1mois le reste du suivi non fait (perdue de vue).



Crânial
↑
→ Arrière

Figure 29 : Photographie de la patiente 8 mois après le traitement

DISCUSSION

4. Discussion :

L'abcès cérébral consécutif à une cellulite diffuse d'origine dentaire est rare mais il faut savoir le rechercher devant des troubles de la conscience avec l'existence de signes de focalisation [2]. Au Mali, peu de données sont disponibles sur l'épidémiologie, la clinique et le traitement des abcès cérébraux. Cependant nous avons observé 4 cas sur une période de 12 mois. Kanikomo D et col [1] dans leur étude avaient relevé un taux d'incidence d'abcès cérébral de 5,6 cas par an. Hatchuel M [11] dans son étude avait rapporté 5 cas.

L'âge des patients variait entre 8 et 27 ans dans notre série. D'autres auteurs ont rapporté dans leurs études un âge variant entre 30 et 45 ans.

La prédominance d'un sexe variait selon les études [1,11,17]. Une prédominance féminine a été observée dans notre série avec un sex-ratio de 0,33. Kanikomo D et al [1] avaient trouvé 4 cas (23,53%) de cause dentaire. Diallo O et col [20] dans leur étude avaient rapporté 2 cas de suppuration intracrânienne d'origine dentaire.

Tous nos patients avaient une algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 3 ou 4, dans un contexte d'une cellulite diffuse d'origine dentaire ce qui explique la cause dentaire chez tous nos patients. Dans l'étude de Diallo O et col [20], la notion d'avulsion dentaire a été retrouvée chez tous les patients.

En effet, dans la littérature les sources dentaires des abcès cérébraux mentionnent l'abcès dentaire, la cellulite, la parodontite, les extractions, les traitements de canal, la mise en place d'appareils orthodontiques [6].

Le premier recours de tous nos patients était un traitement traditionnel avec une consultation tardive dans le service spécialisé de plus de 15 jours, avec pour la plupart, des symptômes neurologiques.

L'utilisation des traitements traditionnels entrave le recours précoce au traitement médical avec inadéquation du traitement, ce qui pourrait favoriser la dissémination des germes.

D'après l'étude de Brook, le délai moyen entre la réalisation d'un acte dentaire déclenchant une bactériémie et l'apparition des symptômes neurologiques était de 17,6 jours [4]. Les signes cliniques des abcès cérébraux sont polymorphes, non spécifiques. Les céphalées sont fréquentes, les épisodes de vomissements, algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 3 ou 4, une tuméfaction, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une exophtalmie, des signes d'hypertension intracrânienne, et un déficit neurologique ont été observés et une hyperleucocytose a été observée chez tous nos patients à la numération formule sanguine.

Le même résultat a été retrouvé par plusieurs dans la littérature avec observation des symptômes d'atteinte neurologique et d'hyperleucocytose [1, 11,16].

La TDM a été réalisée chez tous les patients, elle a permis en outre de préciser la localisation, le volume, le nombre de l'abcès. Ce qui a permis de faire le diagnostic avec une localisation temporale de l'abcès chez 3 cas dans notre série avec de foyers multiples pouvant expliquer la diffusion par voie hématogène. Selon la littérature, la diffusion des germes bucco-dentaires au niveau cérébral se fait préférentiellement par contigüité dans le cadre d'une infection aigue ou alors par voie hématogène depuis les foyers infectieux chroniques [4]. Les abcès sont essentiellement de localisations supra-tentorielles (80%), temporales ou frontales selon la porte d'entrée ; plus rarement au niveau du cervelet et du tronc cérébral (15%), et exceptionnellement au niveau cérébral profond (5%) [15].

Le diagnostic d'abcès cérébral repose sur le scanner cérébral avant et après injection du produit de contraste. Il reste l'examen de référence pour le diagnostic des abcès cérébraux avec une excellente sensibilité de 90 à 100 % [12]. Seul une patiente a pu réaliser l'IRM. Les autres n'ont pas réalisé l'IRM pour faute de moyen financier.

L'IRM apporte un diagnostic plus précoce et plus précis. Dans le cas d'un abcès cérébral, elle montre une image en anneau typique, entourée d'un œdème, significatif de l'encapsulation de la lésion [4].

L'incision et le drainage, ont été réalisés chez tous les patients avec mise en état de la cavité buccale.

Le traitement chirurgical de l'abcès cérébral a consisté en une trépano-ponction. Elle est utilisée par de nombreux auteurs car c'est une technique simple pour l'évacuation du pus [13]. Une trépano-ponction a été réalisée dans le service de Neurochirurgie chez trois patients.

Un seul patient a subi un traitement médical exclusif à cause du volume et les manifestations cliniques.

Le traitement médical exclusif est indiqué dans les cas de suppuration de petite taille inférieure à 2 cm de diamètre [19]

L'ECB du pus réalisé était revenu stérile dans la majorité des cas (3 cas), et positif à *Protéus SP* à un cas.

Dans la littérature, le staphylocoque a été le germe le plus fréquent dans les séries africaines [1] ; Kanikomo D et col [1] avait apporté un cas de *Protéus* dans son étude ; le streptocoque *intermedius*, germe isolé dans le cas rapporté par Diallo O et col [20]. Les conditions de transport des prélèvements vers les laboratoires situés en dehors des hôpitaux et en particulier la non utilisation de portagerm expliqueront en grande partie l'absence d'isolement de bactéries anaérobiques.

L'antibiothérapie a été probabiliste et réalisée en tri-thérapie chez tous les cas observés d'abord puis adaptée au germe dans le cas où ce germe a été isolé.

Le pronostic des abcès a été nettement amélioré après traitement. Dans la présente étude, la mortalité était nulle. Kanikomo D et col [1] avaient observé dans leur étude 17,65% de décès (3 cas), Diallo O et col [20] avaient observé 1 cas de décès.

La durée d'hospitalisation était de plus de 21 jours dans la majorité des cas et l'antibiothérapie a été poursuivie jusqu'à 45 jours.

L'évolution a été marquée par des séquelles neurologiques lourdes dans 2 cas.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion :

Malgré la faible incidence des abcès cérébraux odontogènes, une porte d'entrée orale devrait toujours être envisagée dans le diagnostic étiologique d'un abcès cérébral. Un abcès cérébral d'origine dentaire est un événement non négligeable et ses caractéristiques cliniques sont souvent non spécifiques, ce qui rend le diagnostic difficile à établir. Les séquelles à long terme peuvent être lourdes justifiant le traitement curatif et préventif des portes d'entrée potentielles, notamment dentaires.

Ainsi, un diagnostic précoce de ces lésions est primordial pour l'amélioration de la morbi-mortalité d'où l'intérêt d'une sensibilisation des médecins généralistes et urgentistes au sein des différentes structures hospitalières.

5.2. Recommandations

1. Aux autorités sanitaires :

- * Promouvoir des actions en matière de prévention des abcès cérébraux d'origine dentaire ;
- * Créer les services de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale sur l'ensemble du territoire.
- * Equiper les services de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de plateau technique adéquats.
- * Faire des sensibilisations à travers les médias sur l'hygiène bucco-dentaire.

2. Au personnel de santé :

- * Mettre en place un système de diagnostic et de référence précoce des patients.
- * Renforcer la collaboration multidisciplinaire.

3. A la population :

- * Consulter chez les dentistes à temps en cas d'affections dentaires, et préconiser une consultation dentaire systématique au moins deux fois dans l'année.
- * Eviter le recours à l'automédication.

REFERENCES

6. Références :

- 1- Kanikomo D, Diallo O, Sogoba Y, Maiga Y, Diop AA, Traore H, Traore D, Timbo SK, Sidibe S : Aspects cliniques et thérapeutiques des abcès cérébraux 17 cas colligés au Chu- Gabriel Touré à Bamako. Mali Médical, 2013, 2 :15-17
- 2-Anzouan.K. & al. : Abcès cérébral consécutif à une cellulite diffuse d'origine dentaire Rev. Iv. Odonto-Stomatol., Vol.15, n°1, 2013, pp. 41-45.
- 3-Fahd Derkaoui .H, & al : Abcès encéphaliques : prise en charge, à propos d'une série de 82 cas. Pan African Medical Journal. 2014 ; 18 :110 doi:10.11604
- 4-Launois. K. Infections intracrâniennes d'origine dentaire : Attitude de l'odontologiste et série de cas suivis au CHRU de Nancy. Université de Lorraine. Faculté d'odontologie. [thèse] Chirurgie dentaire, 2020, n°11124C.
5. Ben Hadj Hassine M, Oualha L, Derbel A, Douki N. Cerebral abscess potentially of odontogenic origin. Case Rep Dent. 2015; 2015: 1-4.
6. Laurichesse J.-J, Souissi J, Leport C. Abcès du cerveau. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 4-0975, 2009.
- 7-Brouwer Mc, Tunkel AR, Mckhann GM, van de Beek D. Brain Abscess. N England J Med. 2014; 371(5): 447-56.
8. Bally J, Curien R, Brenot S, Sourdot A, Lê A, Bravetti P. Abcès cérébraux d'origine dentaire : à propos de deux cas. Actual Odonto-Stomatol. 2009; (248): 361-7.
- 9- Frank. H, Netter M.D. Atlas d'anatomie humaine, deuxième édition, Syllly 1998: 1-9.
10. Voll M, Vitte É. Atlas d'anatomie Prométhée. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2017: 500p
- 11- Hatchuel M. Conséquences éventuelles d'un mauvais état bucco-dentaire au niveau cérébral : à propos de 5 cas. Université Nice SOPHIA Antipolis Faculté de chirurgie dentaire [Thèse] 2016, n° 42-57-16-01.

12. Azenha Mr, Homsy G, Garcia IR Jr. Multiple brain abscess from dental origin: case report and literature review. *Oral Maxillofac Surg.* 2011; DOI 10.1007/s10006-011-0308-3.
13. Ba MC, Kachungunu CM, Mudekereza PS, Ly Baa, Thiam AB, Beketi A et al. Les suppurations collectées intracrâniennes à Dakar: A Propos De 125 Cas. *Journal de Neurochirurgie* 2014; 19:17-25
14. Brook I. Microbiology and treatment of brain abscess. *J Clin Neurosci.* 2017; 38:8-12.
15. Touré I : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des suppurations intracrâniennes dans le service de Neurochirurgie de l'hôpital du Mali. [Thèse] med, Bamako, USTTB/FMOS 2021 p47.
16. John E. Greenlee, MD, University of Utah Health Vérifié/Révisé mars 2022 : Abcès cérébral.
17. Muzumdar D, Jhavar S, Goel A. Brain abscess: An overview. *Int J Surg.* 2011; 9 (2):136-44.
18. Roche M, Humphreys H, Smyth E, Phillips J, Cunney R, McNamara E, et al. A twelve year review of central nervous system bacterial abscesses; presentation and aetiology. *Clin Microbiol Infect Of Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis* 2003;9:803–9.
19. Brook I. Microbiology and antimicrobial treatment of orbital and intracranial complications of sinusitis in children and their management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009;73:1183–6.
20. Diallo O, Traoré H, Beketi KA, Dama M, Coulibaly O, Sogoba B, Singuépiré A, Cissoko D, Touré K, Coulibaly B, Ba A, Badiane SB : Suppuration intracrânienne d'origine dentaire à l'Hôpital du Mali *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir maxillo-fac*, 2018 Vol 25, n°1, pp.49-52

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom et prénom : SANGARE Bouréïma Daouda

Nationalité : Malienne

Titre : Abcès cérébral d'origine dentaire au CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE de Bamako.

Année Universitaire : 2023-2024

Pays et ville de soutenance : MALI-BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS, bibliothèque du CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE

Secteur d'intérêt : S-CMF, Santé publique, Neuro-chirurgie.

Résumé

Introduction :

L'abcès cérébral d'origine dentaire reste une pathologie rare, mais son retentissement sur l'état neurologique reste redoutable.

L'objectif de ce travail était d'étudier les cas d'abcès cérébraux d'origine dentaire au CHU-NOS Professeur Hamady TRAORE de Bamako

Observations : il s'agissait d'une série de cas d'abcès cérébraux d'origine dentaire colligés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE de Bamako de Novembre 2022 à Novembre 2023. Au total, 4 cas ont été collectés. Le sexe féminin était prédominant avec un sex-ratio de 0,33. L'âge des patients variait entre 8 et 27 ans. Il y avait 2 ménagères et 2 élèves. Le tableau clinique était dominé par une algie dentaire du groupe des molaires du quadrant 3 ou 4, dans un contexte de cellulite diffuse d'origine dentaire. On notait une tuméfaction génienne, une exophtalmie, des signes d'hypertension intracrânienne à type de céphalée, et de déficit neurologique. L'hyperleucocytose a été observée chez tous les patients à la numération formule sanguine. La TDM a confirmé le diagnostic d'abcès cérébral chez tous les patients avec une localisation temporale de l'abcès dans 3 cas. L'incision-drainage, a été réalisé chez tous les patients avec mise en état de la cavité buccale et une trépano-ponction dans 3 cas.

L'identification du germe a été positive (Protéus sp) dans un cas.

Une triple antibiothérapie a été réalisée chez tous les patients, avec une évolution favorable. Les séquelles neurologiques lourdes ont été observées dans 2 cas.

Conclusion : L'abcès cérébral d'origine dentaire reste encore une pathologie grave entraînant des séquelles neurologiques lourdes, et nécessite ainsi une prise en charge urgente et multidisciplinaire.

Mots clés : Abcès cérébral, d'origine dentaire, Cellulite.

Summary

Introduction:

Cerebral abscess of dental origin remains a rare pathology, but its repercussion on the neurological state remains formidable.

The aim of this study was to examine cases of dental brain abscess at the CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE in Bamako.

Observations: This was a series of cases of cerebral abscesses of dental origin collected in the stomatology and maxillofacial surgery department of the CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE in Bamako from November 2022 to November 2023. A total of 4 cases were collected. Females predominated, with a sex ratio of 0.33. Patients ranged in age from 8 to 27 years. There were 2 housewives and 2 schoolchildren.

The clinical picture was dominated by dental pain in the molar group of quadrant 3 or 4, in a context of diffuse cellulitis of dental origin. There was genital swelling, exophthalmos, signs of intracranial hypertension such as headache, and neurological deficit.

Hyperleukocytosis was observed in all patients on blood count. CT confirmed the diagnosis of brain abscess in all patients, with a temporal location of the abscess in 3 cases.

Incision and drainage were performed in all patients, with the oral cavity being repaired and a trepanopuncture performed in 3 cases. The identification of the germ was positive in one case (*Proteus* sp).

Triple antibiotic therapy was used in all patients with a favourable outcome. Severe neurological sequelae were observed in 2 cases.

Conclusion: Cerebral abscess of dental origin remains a serious pathology with severe neurological sequelae, and therefore requires urgent multidisciplinary management.

Key Words: Cerebral abscess of dental origin, cellulitis.